

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE BADJI-MOKHTAR ANNABA

FACULTE DE MEDECINE
Département de médecine

THESE DE DOCTORAT EN SCIENCES MEDICALES
Spécialité Médecine Légale, Droit Médical et Ethique

**LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET MEDICO-LEGAUX
DES BLESSURES PAR ARMES BLANCHES A TRAVERS
L'ACTIVITE DU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DU CHU
D'ANNABA.**

Soutenue publiquement le 07 mars 2024

Présentée par : **Docteur BELKHEDJA Nesrine**
Maître assistante en Médecine Légale, Droit Médical et Ethique
Faculté de médecine d'Annaba

JURY :

Professeur MIRA Abdelhamid	Faculté de médecine d'Annaba	Président
Professeur BOUDRAA Zohra	Faculté de médecine de Constantine	Examinatrice
Professeur MELLOUKI Youcef	Faculté de médecine d'Annaba	Examineur
Professeur BOUZBID Sabiha	Faculté de médecine d'Annaba	Examineur
Professeur KAIIOUS Fateh	Faculté de médecine d'Annaba	Directeur

Année universitaire 2023/2024

Remerciements

*A monsieur le **Professeur KAIOUS Fateh**, mon maître et directeur de thèse ;*

Nul mot ne saura exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements, pour votre confiance en mes capacités, votre disponibilité, votre bienveillance et bien sur votre soutien moral et vos conseils judicieux qui ont contribué au succès de ce travail.

Veillez trouver dans cette thèse, le témoignage de ma reconnaissance et mon respect le plus profond.

*A Monsieur le **Professeur Mira Abdelhamid**, mon maître et Présidente du jury ;*

Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mes sincères remerciements de m'avoir honorée de présider ce travail. Votre engagement à mon égard, votre bienveillance, vos conseils et votre savoir m'ont accompagné tout au long de mon parcours à vos côtés dans le service.

De votre place de maître et de mentor dans mon cœur, puissiez-vous trouver dans ce travail la gratitude et l'incarnation du profond respect de votre élève.

*A Madame le **Professeure BOUDRAA Zohra** ;*

Je vous remercie pour votre contribution en tant que membre du jury. Votre présence est un grand honneur pour moi, vous incarnez à mes yeux la femme intellectuelle et forte dont j'aimerais prendre comme exemple.

Puisse ce travail, témoigner mon profond respect et ma très grande gratitude.

*A Monsieur le **Professeur MELLOUKI Youcef** ;*

Je vous remercie vivement pour votre contribution en tant que membre du jury. Votre accompagnement, votre soutien et conseils tout au long de ma thèse, votre disponibilité et votre clairvoyance ont été d'une importance capitale pour moi.

Veillez trouver dans l'aboutissement de ce travail, le témoignage de mon engagement, de ma gratitude et de mon plus profond respect maître.

*A Madame le **Professeur BOUZBID Sabiha** ;*

Je vous remercie vivement pour votre contribution en tant que membre du jury. Votre disponibilité, vos remarques et vos conseils constructifs ont été d'une valeur inestimable pour moi.

Vous m'honorez par votre présence à mes coté, veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de mon profond estime.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers le Professeur GOURI, et mes vifs remerciements pour son accompagnement et ses conseils précieux qui m'ont beaucoup aidé à mettre mon travail sur de bons rails.

Veuillez trouver dans cette finalité, ma sincère reconnaissance et mon profond respect pour vos efforts.

Un remerciement spécial aussi à tous le personnel médical et paramédical du service de médecine légale pour leur aide et contribution durant la période de réalisation de ce travail. Je n'oublie pas de remercier mes collègues et amis du service qui m'ont aidés et encouragés tout au long de mon parcours, leur efforts et dévouements ont été précieux et ont une estime particulière à mes yeux et ont contribué à la réussite de cette recherche.

Un remerciement spécial à tous ceux et celles, qui ont permis de près ou de loin, par leurs apports, conseils et compétences à la réalisation de ce travail.

Sans oublier bien évidemment l'ensemble de mes collègues de la faculté de médecine d'Annaba pour leur soutien et leur encouragement, et l'ensemble de l'équipe administrative du département de médecine et de la post graduation de la faculté de médecine d'Annaba pour leur soutien et leur encouragement constant.

Dédicace

Je tiens à dédier ce travail,

A mon cher et regretté père Ramdane dit Dahmane, ton absence pèse lourd sur moi, je te vois les yeux brillants pleines de larmes de fiertés, de joies et d'amour, tu es présent dans mon cœur à jamais, repose en paix cher Baba.

A ma tendre et incroyable Maman Zoubeida, femme au cœur grand, à l'amour débordant et à la sensibilité incontournable, ton soutien inconditionnel et tes encouragements tout au long de ma vie ont fait de moi ce que je suis, je ne saurais te témoigner ma profonde gratitude et ton amour indéfini par des mots, mais mon cœur et mes yeux le disent, que Dieu te protège et te garde pour moi.

A mon mari Walid. Ma deuxième moitié, pour ton soutien incontournable, pour ta présence à mes côtés, ton aide précieuse, tes conseils, ta clairvoyance et tes encouragements sans cesse qui ont contribué à faire ressortir le meilleur de moi-même et de poursuivre mes ambitions. Ton soutien et ton amour ont été essentiels pour moi et m'ont permis de mener à bien ce travail.

A mes chères et adorables filles Nermine et Nivine, les prunelles de mes yeux, votre maman a de la chance et fière de vous avoir à ses côtés durant son travail et pour toujours, vous avez embelli ma vie, que Dieu vous protège et vous garde.

À ma sœur Asma et mes frères Fawzi et Fateh, pour leurs soutiens et encouragements.

A ma belle-famille, pour leur encouragement et leur soutien.

A ma tante Zouleikha, pour son amour et son soutien.

A ma très chère amie Soraya.

A mes amies et ma grande famille.

Cette dédicace est un témoignage de mon estime et de ma gratitude envers vous. Merci d'avoir été présent pour moi à chaque étape du chemin.

SOMMAIRE

Introduction.....	01
Chapitre 1 : Etat des connaissances.....	06
1. Définitions et terminologies.....	07
1.1.La violence.....	07
1.2.La notion de mort violente.....	09
1.3.L'arme blanche.....	09
1.3.1. Définition.....	09
1.3.2. Classification.....	10
1.3.2.1.Les instruments tranchants.....	10
1.3.2.2.Les instruments piquants.....	10
1.3.2.3.Les instruments piquants et tranchants.....	11
1.3.2.4.Les instruments tranchants et contondants.....	14
2. Données épidémiologiques.....	15
2.1 La mortalité par homicide dans le monde	15
2.2 La morbidité des violences par armes blanches.....	17
2.3 La mortalité des violences par armes blanches.....	22
2.4 Les facteurs de risques de la violence	25
2.5 Les critères de gravité des lésions par arme blanche.....	26
3. Etude médico-légale des blessures par armes blanches.....	29
3.1.Notions de base.....	29
3.1.1. Composition du tissu cutanée.....	29
3.1.2. Genèse lésionnelle.....	30
3.2.Détermination de l'origine vitale ou post mortem des blessures.....	32
3.2.1. Caractères macroscopiques.....	32
3.2.2. Caractères histologiques.....	33
3.2.3. Techniques immuno-histochimiques.....	34
3.3.Détermination de la nature des blessures.....	34
3.4.Caractéristiques des blessures selon le type de l'arme blanche.....	36
3.4.1. Les blessures par instruments tranchants.....	36
3.4.2. Les blessures par instruments piquants.....	38
3.4.3. Les blessures par instruments piquants et tranchants.....	39
3.4.4. Les blessures par instruments tranchants et contondants.....	40

4. Expertise médico-légale des blessures par armes blanches	41
4.1.Généralités.....	41
4.2.Les blessures non mortelles.....	42
4.2.1. Examen médico-légal initial.....	43
4.2.2. Rédaction du certificat médical initial de coups et blessures.....	44
4.2.3. Evaluation de l'incapacité totale de travail « ITT » pénale.....	45
4.2.4. Evaluation et réparation des séquelles.....	48
4.2.5. Diagnostic différentiel	53
4.2.5.1.Les simulations	53
• Simulations par lésions auto-infligées «Automutilation».....	53
• Simulation par exagération.....	55
4.2.5.2.Les blessures thérapeutiques.....	56
4.3.Les blessures mortelles par armes blanches.....	56
4.3.1. Levée de corps.....	57
4.3.2. Autopsie médico-judiciaire.....	60
4.3.2.1.L'examen externe de cadavre.....	61
4.3.2.2.L'autopsie proprement dite.....	63
4.3.2.3.Les examens complémentaires.....	70
4.3.3. Situations particulières de blessures mortelles par armes blanches.....	71
4.3.3.1.L'égorgement.....	71
4.3.3.2.L'homicide-suicide.....	72
4.3.3.3.La mutilation, dépeçage, démembrement et la désarticulation.....	74
4.3.3.4.Les homicides intrafamiliaux : Parricide, uxoricide.....	76
5. Dispositions législatifs des armes blanches.....	79
5.1.Bases juridiques sur l'arme blanche.....	79
5.1.1. Définition.....	79
5.1.2. Fabrication, importation, exportation et commerce.....	79
5.1.3. Acquisition et détention.....	79
5.1.4. Port et transport.....	79
5.2.Les dispositions pénales relatives aux armes blanches.....	79
5.2.1. L'atteinte à l'intégrité corporelle.....	79
5.2.2. Les homicides volontaires.....	81
5.2.3. Le banditisme de quartiers.....	81
6. Dispositions préventives de la violence par armes blanches	82

Chapitre 2 : matériels méthodes.....	86
1. Type de l'étude.....	87
2. Lieu de l'étude.....	87
3. Population de l'étude.....	88
3.1.Population des victimes de violences non mortelles par arme blanche.....	88
3.2.Population des victimes de violences mortelles par arme blanche	88
4. Organisation et réalisation de l'enquête.....	89
4.1.Conception du questionnaire.....	89
4.2.Equipe de recherche et formation des investigateurs.....	90
4.3.Recueil des données.....	90
5. Techniques statistiques employées et traitement des données colligées.....	91
6. Implications éthiques.....	92
Chapitre 3 : Résultats.....	93
Violence non mortelle :	
Analyses descriptives.....	94
1. Fréquence.....	94
2. Les données sociodémographiques des victimes	95
2.1.Le sexe.....	95
2.2.Les classes d'âge	95
2.3.La nationalité.....	96
2.4.La provenance et adresse exacte par commune.....	96
2.5.Le type et nature d'habitation.....	97
2.6.Le statut matrimonial.....	98
2.7.Le niveau d'instruction.....	98
2.8.La situation professionnelle.....	99
2.9.Les antécédents personnels.....	99
2.10.Les habitudes toxiques.....	100
2.11.Les motifs d'incarcération.....	101
2.12.Les violences antérieures subies.....	101
3. Les données sociodémographiques des auteurs	102
3.1.Le nombre d'auteurs.....	102
3.2.Classes d'âge.....	102
3.3.Type d'habitat.....	103

3.4.Le niveau d’instruction.....	103
3.5.La profession.....	104
3.6.Les antécédents personnels	104
4. Les données relatives aux circonstances de production des violences.....	106
4.1.Jours, moments et heures de survenues des faits.....	106
4.2.Le lieu de survenu des violences.....	107
4.3.Motif des violences.....	108
4.4.Lien entre la victime et l’auteur.....	109
4.5.Nature de l’arme blanche utilisée.....	109
4.6.Association à d’autres armes et leur nature.....	110
4.7.Types des lésions de violence associées.....	111
5. Les données relatives à la prise en charge médicale initiale.....	111
5.1.La structure de soin sollicitée.....	111
5.2.La nature des soins prodigués.....	112
5.3.L’hospitalisation et sa durée.....	112
5.4.Les lésions profondes et leur nature.....	112
6. Les données relatives à la prise en charge médico-légale.....	113
6.1.Modalité et délai de consultation.....	113
6.2.Le nombre des lésions.....	114
6.3.Le type des lésions.....	114
6.4.Les mensurations des lésions.....	115
6.5.Le Siègne des lésions.....	115
6.5.1. Le siège des lésions sur les membres supérieurs.....	116
6.5.2. Le siège des lésions sur les membres inférieurs.....	116
6.5.3. Le siège des lésions sur le tronc.....	117
6.6.Diagnostic différentiel.....	117
6.6.1. Existence et type du diagnostic différentiel.....	117
6.6.2. Caractéristiques morphologiques des lésions d’automutilations.....	118
6.6.3. Siège de ces lésions d’automutilation.....	119
7. Les données relatives aux conséquences médico-judiciaires et sociales.....	119
7.1.La durée de l’incapacité totale de travail « ITT » pénale.....	119
7.2.L’incapacité partielle permanente « IPP »	120
7.3.Les séquelles définitives.....	120
7.4.Le retentissement psychologique et sa nature.....	121

7.5.L'Attitude envisagée	121
7.6.Présence d'une plainte antérieure si même auteur.....	122
Analyses bivariées.....	123
1. Répartition des victimes selon l'âge et le sexe.....	123
2. Répartition des victimes selon le statut matrimonial et le sexe.....	123
3. Répartition des victimes selon la profession et le sexe.....	124
4. Répartition des victimes selon le niveau d'étude et le sexe.....	124
5. Répartition des victimes selon les tranches d'âge et les habitudes toxiques et leurs natures.....	125
6. Répartition des victimes selon l'âge et les antécédents carcéraux.....	126
7. Répartition des victimes selon la notion de violence répétée et le sexe et si c'est le même auteur.....	126
8. Répartition du lien entre victimes et auteurs selon les violences antérieures subies et les violences par le même auteur.	127
9. Répartition des plaintes antérieures si même auteur selon le sexe.....	127
10. Répartition du lien avec l'auteur selon les plaintes antérieures si le même auteur.....	128
11. Répartition de l'attitude envisagée par la victime selon le sexe.....	128
12. Répartition du lien entre victime et auteur selon le sexe.....	129
13. Répartition du retentissement psychologique et sa nature selon le sexe des victimes.....	130
14. Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et l'attitude envisagée.....	131
15. Répartition des victimes selon le sexe et le diagnostic différentiel.....	132
16. Répartition du nombre des lésions selon les lésions profondes associées.....	132
17. Répartition de l'ITT pénale selon le nombre des lésions.....	133
18. Répartition des victimes selon le moment des faits et le lien avec l'auteur.....	133
19. Répartition de l'âge de l'auteur selon les antécédents personnels.....	134
20. Répartition de l'âge de l'auteur selon le type des antécédents toxiques.....	135
21. Répartition des auteurs selon l'âge et le motif des faits.	136
Violence mortelle	
Analyses descriptives.....	137
1. Fréquence	137
2. Les données sociodémographiques des victimes.....	137
2.1.Le sexe.....	137
2.2.Les classes d'âge.....	138

2.3.La provenance des victimes.....	138
2.4.Type et nature d’habitat.....	139
2.5.Statut matrimonial.....	139
2.6.Niveau d’instruction.....	140
2.7.Situation professionnelle.....	140
2.8.Les antécédents personnels.....	140
2.9.Les violences antérieures subies.....	141
3. Les données sociodémographiques des auteurs.....	141
3.1.Nombre d’auteurs.....	141
3.2.Classes d’âge.....	142
3.3.Type d’habitat.....	142
3.4.Statut matrimonial.....	142
3.5.Niveau d’instruction.....	143
3.6.Statut professionnel.....	143
3.7.Les antécédents personnels.....	143
4. Les données relatives aux circonstances de production des faits.....	144
4.1.Jours et moments des faits.....	144
4.2.Lieu des faits.....	145
4.3.Lieu du décès.....	145
4.4.Motifs des faits.....	146
4.5.Lien entre l’auteur et la victime.....	146
5. Les données relatives à la prise en charge médicale	147
5.1.La prise en charge thérapeutique et sa durée après la violence.....	147
5.2.Moyen d’évacuation vers l’hôpital.....	147
5.3.Nature des soins prodigués avant le décès.....	148
5.4.La notion d’hospitalisation et sa durée.....	148
5.5.Délai de survie.....	148
6. Les données relatives à la prise en charge médico-judiciaire.....	149
6.1.Délai entre le décès et d’autopsie.....	149
6.2.Le tribunal ordonnateur.....	149
6.3.Date de l’autopsie.....	149
6.4.Levée de corps.....	150
6.5.Rapport de premières informations.....	150
6.6.Signes à l’examen externe.....	150

6.7.Nombre des lésions.....	151
6.8.Siège des lésions.....	151
6.8.1. Siège des lésions sur les membres supérieurs.....	152
6.8.2. Siège des lésions sur les membres inférieurs.....	152
6.8.3. Siège des lésions sur le tronc.....	153
6.9.Lésions de violences associées.....	153
6.10.Aspects des lésions externes.....	154
6.11.Les atteintes internes	154
6.12.Les atteintes vasculaires.....	155
6.13.Analyses complémentaires.....	155
6.14.Forme médico-légale de la mort.....	156
Analyses bivariées.....	157
1. Répartition des victimes selon l'âge et le sexe.....	157
2. Répartition des victimes selon le statut matrimonial et le sexe.....	157
3. Répartition des victimes selon la présence d'antécédents personnels et le sexe.....	158
4. Répartition des victimes selon la présence de violences antérieures et le sexe et selon si c'est le même auteur ou pas.....	158
5. Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et le sexe.....	159
6. Répartition des auteurs selon l'âge et la profession.....	159
7. Répartition des auteurs selon l'âge et les antécédents personnels.....	160
8. Répartition des motifs de survenus avec le moment des faits.....	161
9. Répartition des cas selon le nombre des lésions externes et l'atteinte interne.....	162
10. Répartition des cas selon le lieu des faits et le motif de survenu.....	162
11. Répartition des cas selon le motif des faits et le lien entre auteur et victime.....	163
Chapitre 4 : DISCUSSION.....	164
1. Les violences non mortelles par armes blanches et facteurs incriminés.....	165
1.1.Les aspects épidémiologiques.....	165
1.1.1. La fréquence de la violence.....	165
1.1.2. Les données sociodémographiques des victimes.....	167
1.1.3. Les données sociodémographiques des auteurs.....	171
1.2.Les aspects médico-légaux.....	173
1.2.1. Les données relatives aux circonstances de production des violences.....	173
1.2.2. Les données relatives à la prise en charge médicale et médico-légale.....	177

1.2.3. Les données relatives aux conséquences médico-judiciaires et sociales.....	182
2. Les violences mortelles par armes blanches et facteurs incriminés.....	185
2.1.Les Aspects épidémiologiques.....	185
2.1.1. La fréquence de la violence.....	185
2.1.2. Les données sociodémographiques des victimes.....	186
2.1.3. Les données sociodémographiques des auteurs.....	188
2.2.Les aspects médico-légaux.....	190
2.2.1. Les données relatives aux circonstances de production des violences.....	190
2.2.2. Les données relatives à la prise en charge médicale.....	193
2.2.3. Les données relatives à la prise en charge médico-judiciaire.....	195
3. Les enjeux et les implications de l’usage des armes blanches dans les différents types de violences.....	199
4. Limites de l’étude.....	201
Chapitre 5 : CONCLUSION	203
Chapitre 6 : RECOMMANDATIONS	207
Chapitre 7 : BIBLIOGRAPHIE.....	211
LISTE DES ACRONYMES.....	230
LISTE DES FIGURES.....	231
LISTE DES TABLEAUX.....	236
ANNEXES.....	240

INTRODUCTION

La violence par arme blanche est un fléau social à caractère universel qui menace la vie, la santé et la prospérité des individus et des nations ; elle constitue un réel problème de santé publique qui nous concerne tous.

Faisant partie des moyens les plus accessibles et faciles à avoir, disponibles dans chaque foyer, restaurants, magasins, les armes blanches sont souvent utilisées dans les différentes formes de violence interpersonnelle sévissant dans les rues, les maisons, à l'école, au travail et ailleurs touchant des membres d'une même famille, des partenaires intimes, des amis, des collègues, et même des étrangers, ou celle dirigée contre soi-même. elles provoquent un bilan lésionnel de gravité variable pouvant aller jusqu'à la mort ou donnant lieu à des répercussions à court, moyen et long terme, physiques et psychiques, constituant des problèmes sanitaires et sociaux tout au long de la vie (1)

Cette forme de violence fait couler beaucoup d'encre et est fréquemment retrouvée dans les images et les récits des médias dans le cadre d'agression physique mortelle ou non mortelle, dans le banditisme des quartiers ou dans les altercations ou les arrestations de personnes ou de gangs.

Selon l'organisation mondiale de la santé « OMS », en 2019, la violence a causé la mort de 1,25 million de personnes dans le monde, dont un sur neuf par homicide et un sur six par suicide.

Les homicides et les suicides parmi les personnes âgées de 5 à 29 ans occupent trois des cinq principales causes de décès liées aux blessures après les accidents de la route dans le monde(2)

Un taux de 22 % du total des homicides mondiaux en 2017 avait comme moyen de prédilection l'usage des armes blanches, selon l'étude mondiale sur les homicides publiée en 2019 par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime « ONUDC ». (3)

En Europe 40 % des homicides, soit 6000 par an, sont commis avec des couteaux et d'autres armes pointues.(4) En France, l'usage de l'arme blanche était retrouvé dans 30% des morts violentes au sein du couple pour l'année 2020 estimée à 125 cas soit 17% du taux d'homicide globale selon une étude nationale publiée par le ministère de l'intérieur Français(5), et au Royaume-Uni de 2011 à 2021, environ 61,8 % des crimes au couteau étaient signalés dans le sud du pays concernant plus le sexe masculin en âge d'adolescence et au début de l'âge adulte.(6)

En Amérique du Nord, les homicides par armes blanches représentaient moins de 20 % loin derrière les armes à feu retrouvées dans environ 76 % de tous les homicides. (4)

En Afrique, ces violences par armes blanches constituent un réel problème de santé publique surtout à cause de la recrudescence de la criminalité et le banditisme dans certains pays.

En Tunisie ; les armes blanches ont été utilisées dans 25,8% des violences volontaires graves en 2017(7).

En Algérie, selon une étude faite sur les homicides portant sur 604 cas survenus entre 2011 et 2014, l'usage de l'arme blanche comme premier moyen utilisé était noté dans 80,3 % des cas.(8) Et selon la direction générale de la sûreté nationale « DGSN », entre janvier 2021 et juillet 2022, près de 10.000 affaires ont été traitées relatives au port et à la violence à l'arme blanche dans les milieux urbains avec une nette hausse par rapport aux années précédentes due au durcissement des lois pénales contre le phénomène du port et de l'agression à l'arme blanche prohibée, entrées en vigueur depuis Août 2020. (9)

Dans la région d'Annaba, selon une étude préliminaire durant le premier semestre de l'année 2020, le taux des violences volontaires reçues en consultation de médecine légale du centre hospitalo-universitaire d'Annaba, représentait 88,38% du total des consultants, avec une moyenne de 8 cas de violence par armes blanches par jour, et un taux de mortalité par le même agent estimé à 4 décès sur un total de 201 autopsies médico-judiciaires pratiquées pendant la même période.

Sur cette même lancée, la brigade de répression du crime des services de sûreté de wilaya a fait l'arrestation de 22 suspects dans des affaires de port d'armes le mois de juin 2023.(10)

Pour essayer de cerner ce phénomène, on doit d'abord définir l'agent vulnérant qu'est l'arme blanche, cliniquement c'est toute arme munie d'une partie métallique « lame » dite tranchante, perforante ou contondante responsable de la blessure(11) ou par extension, tout objet quelle que soit sa matière peut être considéré comme une arme blanche par nature ou par destination lorsqu'il produit les mêmes lésions. (12)

Juridiquement, le législateur Algérien a donné une définition plus large à l'arme blanche dans le décret exécutif N°98-96 du 18 mars 1998 fixant les modalités d'application de l'ordonnance N°97-06 du 21 janvier 1997 relative aux matériels de guerre, armes et munitions qui les considère ne faisant pas partie des armes de guerre, classées dans la sixième catégorie, ils désignent tout objets susceptibles de constituer une arme dangereuse pour la sécurité publique, et là, en plus des armes piquantes et tranchantes proprement dites, on peut avoir aussi les matraques simples et à décharge électrique, les générateurs d'aérosols incapacitants ou lacrymogènes, variantes non prises en compte dans notre étude (13,14).

Malgré le danger qu'elles présentent, elles sont d'une utilité fréquente dans les activités quotidiennes de l'homme et peuvent être maniées pour commettre des actes violents ou des crimes et engendrer des blessures diverses.

Ces lésions sont des effractions des tissus superficiels ou profonds que l'on appelle plaies, pouvant être simples, contuses ou compliquées selon leurs aspects et la présence d'atteintes profondes associées, elles sont fréquemment vues dans la pratique médico-légale.

Leur description doit être minutieuse car elles sont des traces objectivement vérifiables pour affirmer l'existence d'un dommage corporel (15).

Objet discret, faciles à obtenir et largement disponibles dans le marché à un coût dérisoire, fait beaucoup trop parler de lui.

Malgré l'interdiction de son port, l'arme blanche est encore très souvent utilisée pour régler des comptes, voler ou agresser des passants, son usage n'a rien d'anodin et peut entraîner des conséquences dramatiques et cela d'autant plus que les auteurs sont souvent sous l'emprise d'alcool ou de drogue.

En effet, les atteintes à l'intégrité physique de la personne humaine constituent une violation d'un droit fondamental et sont punies par la loi selon les articles 442, 264 et 268 du Code Pénal Algérien « CPA ». (16)

Malgré toutes ces dispositions juridiques mises en place par l'état, les violences par armes blanches constituent toujours un facteur de morbidité et de mortalité considérable de par les décès recensés dans le monde et dans notre région, et de par aussi des conséquences en matière d'incapacité, d'infirmité et de séquelles ultérieures augmentant ainsi les coûts des services de santé, de protections sociales et judiciaires, maillons participants dans la prise en charge des victimes dont le médecin légiste, jouant un grand rôle dans cette chaîne.

En plus, cette forme de violence soulève de nombreux aspects et problèmes médico-légaux qui suscitent d'être abordés : les automutilations, les simulations, les suicides, les mutilations...etc, qui s'inscrivent dans un cadre particulier pour lequel le médecin légiste doit apporter toutes les explications nécessaires pour la manifestation de la vérité.

Dans cette perspective, il est important de se pencher sur la collecte des différentes données sur ce sujet sous le maximum d'angles possibles en essayant de chercher l'influence des facteurs personnels sociodémographiques des victimes et des auteurs, les circonstances de production des agressions, les données de la prise en charge médicale initiale et médico-légale ainsi que les conséquences et le retentissement de cette violence sur les victimes, afin de servir de base à la planification de l'action préventive gouvernementale.(17)

Et devant le manque des données statistiques dans la région sur cette forme de violence, nous avons mené cette étude portant sur «Les aspects épidémiologiques et médico-légaux des blessures par armes blanches à travers l'activité du service de médecine légale du CHU d'Annaba» afin d'essayer de cerner cette problématique sous tous ses angles et de contribuer à la diminution du taux de morbidité et de mortalité dans notre région.

OBJECTIFS :

- Principal : Etudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des blessures par armes blanches à travers l'activité du service de médecine légale du CHU d'Annaba.
- Secondaires :
 - Déterminer les différents facteurs pouvant être incriminés dans la violence par armes blanches.
 - Apprécier les enjeux médico-légaux des blessures par armes blanches mortelles (circonstance et forme médico-légale...) et non mortelles (nature de la violence : automutilation, simulation...).
 - Proposer des pistes et des modalités permettant de prévenir et de lutter efficacement contre cette forme de violence.

Chapitre 01 : Etat des connaissances

1. Définitions et terminologies

Pour le bon déroulement de ce travail, nous avons jugé nécessaire de mettre la lumière sur les différentes définitions de concepts utiles qu'on va retrouver tout au long de ce manuscrit à savoir :

1.1. La violence

Le mot «violence» vient du terme latin «vis» qui signifie la force exercée contre quelqu'un, la vigueur, la puissance, mais aussi quantité, abondance, ou caractère essentiel d'une chose. Son pluriel «vires» désigne les moyens utilisés pour exercer la vis ;

Au sens le plus courant, la violence renvoie à des comportements : une manière d'être de la force, et des actions et des faits physiques.

Les dictionnaires la définissent comme étant :

- Le fait d'agir sur quelqu'un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation ;
- L'acte par lequel s'exerce la violence ;
- Une disposition naturelle à l'expression brutale des sentiments ;
- La force irrésistible d'une chose ;
- Le caractère brutal d'une action. (18)

Ainsi, on pourra dire que la violence est quelque chose d'extrêmement diffuse et complexe, et sa définition ne doit pas relever d'une science exacte, mais beaucoup plus de la capacité de jugement.

Dans une réflexion sur la question lors de la rédaction de son livre « médecine légale clinique : médecine et violence », professeur Michel Debout a préconisé de retenir comme violence que les agressions qui « s'adressent indéniablement à un être humain ».(19)

Sur ceux, l'avènement d'un consensus mondial était devenu nécessaire permettant de clarifier et d'unifier cette entité.

L'Organisation mondiale de la Santé « OMS » a défini alors la violence comme étant: « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ».(20)

Les actes de violences sont regroupés donc, selon leur auteur, en trois grandes catégories :

- violence dirigée contre soi-même : allant des différentes conduites suicidaires jusqu'à l'autolyse totale.

- violence interpersonnelle : infligée par un individu ou par un petit groupe d'individus.
- violence collective : infligée pour parvenir à des objectifs politiques, économiques ou sociaux.

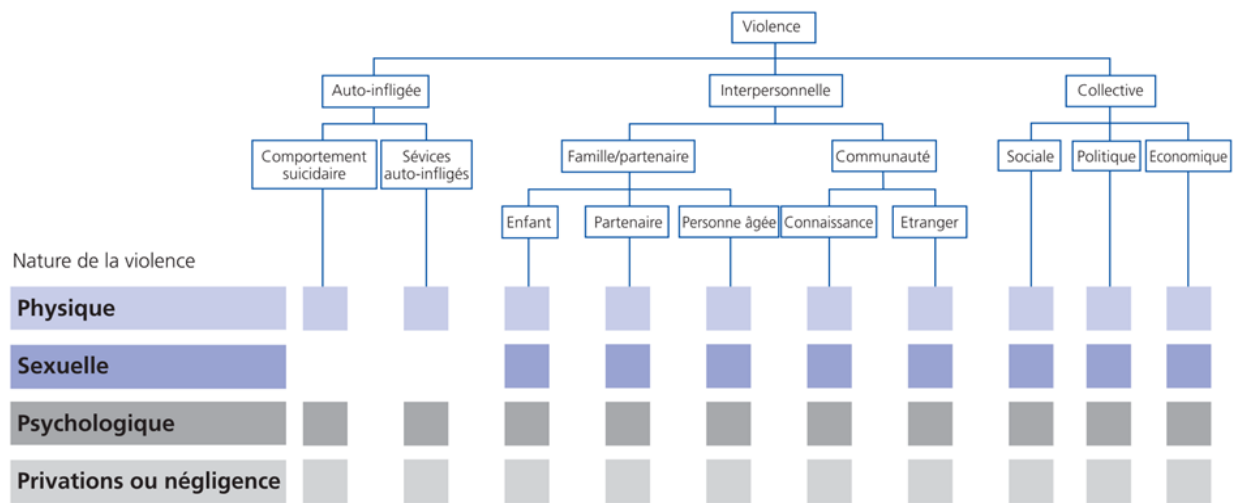


Figure 01 : Classification des formes de violences selon l'OMS.(20)

En fonction de la thématique de notre travail qui vise à étudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des blessures par armes blanches, on va s'intéresser à la forme interpersonnelle et celle dirigée contre soi-même des violences.

Dans la spécificité de la violence interpersonnelle on retrouve deux grands axes intéressants :

- La violence familiale et la violence entre partenaires : observée entre les membres d'une famille ou proches, en intra ou extra murs du foyer.
- La violence communautaire : observée entre des individus sans aucun liens de parenté, qui se connaissent ou pas, et cela en dehors du foyer.

Tandis que dans la violence dirigée contre soi-même on retrouve :

- Les comportements suicidaires et les sérvices auto-infligés comme l'automutilation et les tentatives de suicide.
- L'autolyse par le suicide. (21)

Le terme « violence », d'un point de vue juridique est employé dans le droit pénal pour désigner l'ensemble des agissements que peut avoir une ou plusieurs personnes dirigés contre une ou plusieurs autres ayant pour conséquences des troubles, des traumatismes ou une incapacité.

Ainsi, le code pénal Algérien, dans son chapitre réservé à la sanction des crimes et délits contre les particuliers, qualifie les actes portant atteinte à l'intégrité corporelle de la personne, dans les articles 264 et 266 et sanctionne sévèrement quiconque, qui utilise la violence qui entraîne une maladie, infirmité ou une incapacité totale de travail. (16)

Reste les formes de violence légères qui ne sont pas assimilées à des coups et blessures, néanmoins elles sont qualifiées à des « voies de fait ».

Quant à l'atteinte graves entraînant la mort avec intention de la donner, ils sont qualifiés par la justice pénale en « crime » ou « meurtre », et lorsque l'intention n'est pas coupable ils sont qualifiés d'homicide involontaire.

1.2.La notion de mort violente par arme blanche

Sur le plan médico-légal, la mort violente désigne une mort non naturelle provoquée par une intervention volontaire soit d'un tiers « homicide », soit dirigé contre soi-même « suicide » soit faisant suite à un acte involontaire ou une cause extérieure brutale « accident ».

Le risque de mourir de mort violente est très variable d'une région à l'autre du monde, dépend de plusieurs facteurs et conditions, l'usage des armes blanches, du fait de leur disponibilité courante et accessibilité facile, leur rendent un moyen fréquemment utilisé pour commettre des homicides ou s'auto-infliger des lésions pouvant aller jusqu'au suicide. (22)

1.3.L'Arme blanche

1.3.1. Définition

L'Arme est définie dans le dictionnaire Larousse comme étant « tout objet, appareil, engin qui sert à attaquer (arme offensive) ou à se défendre (arme défensive) » et selon son sens employé en droit en retrouve :

- Arme par nature, tout objet tranchant, perçant ou contondant, servant par sa nature à attaquer ou à se défendre.
- Arme par l'usage, tout objet autre qu'une arme par nature, dès lors qu'on s'en est servi pour tuer, blesser ou frapper.
- Arme par destination, tout objet qui, par opposition à une arme par nature, n'est pas initialement conçu pour être une arme, mais est utilisé ou destiné à être utilisé par celui qui le porte pour tuer, blesser ou menacer quelqu'un.(23)

Une arme blanche est une arme munie d'une lame dite tranchante, perforante ou contondante. Son action ne peut qu'être la conséquence d'un geste humain ou d'un mécanisme mis en œuvre par un geste.(11) excluant ainsi l'arme à feu qui emploie la force d'une explosion.

Elle est dite « blanche » au cours du XIXe siècle et doit son sens à l'association de deux explications : "blanc" voulait dire brillant au XIe siècle et qui qualifiait une lame qui est bien entretenue, et aussi en fonction de la lame qui était fabriquée à partir d'acier "blanc".(24)

Du point de vue médico-légal, les armes blanches sont les armes qui entraînent des plaies simples par sections des tissus, accompagnées ou non d'hémorragie externe.

Classiquement, Une arme blanche est une lame métallique dotée d'un côté plus ou moins coupant appelé « fil » et un côté mousse non coupant appelé « talon », le tout lié à un manche.(25)

Leurs lésions sont si particulières que leurs étude permet d'identifier le type de l'agent vulnérant qui peut être piquant, tranchant, ou associer les deux, voire même avoir une action partiellement contondante.(12)

1.3.2. Classification

Divers types d'armes blanches peuvent être décrites, elles peuvent être piquantes, tranchantes, piquantes et tranchantes ou voir associer une action partiellement contondante.

1.3.2.1. Les instruments tranchants

Ils ont une action purement coupante des tissus utilisés pour frapper de taille avec le tranchant de la lame (12) et suivant la manière dont ils sont maniés, ils sont dit « arme de main » en sectionnant par leur fil, ou « arme de taille » en sectionnant par leur poids.

Si le tranchant est bien aiguisé, la coupure est nette et parfaite, et si la lame est ébréchée ou dentelée, ils se comportent alors comme agents tranchants et agents contondants, et ils arrachent en même temps qu'ils sectionnent.(25)

Les exemples types sont le rasoir et le cutter, mais la lame d'un couteau, un morceau de verre ou le bord coupant d'une boîte de conserve peuvent blesser aussi par action tranchante. (12)



Figure 02 : Images d'instruments tranchants.(26)

1.3.2.2. Les instruments piquants

Ils sont caractérisés par leur action perforante des tissus exercée par la pointe de l'instrument sous forme d'une percussion punctiforme appelée « estocade ».

Ils se divisent en deux grandes catégories suivant leur section et que leur tige soit :

- Cylindrique ou conique : c'est-à-dire sans arêtes, exemples : aiguille, poinçons, épingle, dents de fourche, tire-pointe...etc.

Selon ce qui a précédé on peut citer comme exemples :

- Les couteaux à lame fixe : qu'ils soient à un seul tranchant ou à double tranchant, ils sont communément les plus répandus et utilisés dans la vie de tous les jours.

Ils peuvent être d'usage utilitaire servant le plus souvent dans un cadre domestique tel les couteaux de table, de cuisine, ou destinés à certains domaines spécifiques ; tels la pêche, la plongée sous-marine, le sport, la boucherie... etc.(28)



Figure 05 : Représentation de couteaux de cuisine, lame fixe.(26)

Ils peuvent aussi servir plus spécifiquement à l'attaque ou la défense comme par exemple le poignard, la dague, le sabre...etc.



Figure 06 : Représentation de couteaux d'attaque.(26)

- Les couteaux à lame mobile (pliants) : parmi les communément observés dans cette variété on citera :

L'Opinel : très utilisé en Algérie car il est bon marché et donc largement accessible, c'est un couteau de poche pliable ayant un manche en bois et une lame portant le symbole d'une « main couronnée », existent en 10 tailles numérotées de 2 à 12 correspondant à la lame qui varie de 3,5 cm à 12 cm et dont le modèle le plus répandue est le n° 12 connu sous le nom de "couteau 12". (29)



Figure 07 : Représentation des variétés de l'opinel.(26)

Le couteau à cran d'arrêt : c'est un couteau de poche qui comporte une lame contenue dans le manche et qui est coulissante ou pivotante qui se prolonge automatiquement par un ressort lorsqu'un bouton, un levier ou un interrupteur sur le manche ou le traversin est activé. (30)



Figure 08 : Représentation de couteaux à cran d'arrêt.(26)

Le canif : Petit couteau de poche, composé d'une ou de plusieurs lames repliables dans le manche, d'usage et accessibilité facile sur le marché. (31)



Figure 09 : Représentation de couteaux type canif.(26)

1.3.2.4. Instruments tranchants et contondants

Ici, la hache et le sabre en sont les exemples typiques ; ils tranchent et sectionnent les tissus superficiels et écrasent les tissus profonds par la combinaison du poids de l'arme et la force employée pour la manier.(12)

Ainsi, ils sont souvent utilisés dans les guerres de gangs de rues car ils sont considérés comme moyens faisant peur juste en les voyants et efficaces en les utilisant dans les agressions et les bagarres.



Figure10 : Représentation d'armes blanches variées saisies lors d'une arrestation de gang.(26)

Dans notre pratique médico-légale nous avons observé la fréquence d'utilisation de ce qu'on appelle « le couteau de chawarma » qui est semblable au sabre par sa lame qui est lourde et plus ou moins longue provoquant ainsi des lésions compliquées tranchantes et contondantes.

2. Données épidémiologiques

2.1. La mortalité par homicide dans le monde

Des données fiables sur le phénomène de la violence sont nécessaires et indispensables pour prendre conscience de ce problème et comprendre ses différentes facettes et pouvoir ainsi actionner les démarches préventives adéquates.

Selon l’OMS, dans son rapport mondial sur la violence et la santé, la mesure de la violence pose de nombreux problèmes et c’est les données sur la mortalité qui sont le plus recueillies et le plus disponibles.

En l’an 2000, la violence a causé la perte de vie de 1,6 million de personnes dont le un tiers des cas c’était des homicides et environ la moitié des cas des suicides et les taux étaient deux fois plus élevé dans les pays les plus pauvres avec des disparités dans les régions d’un même pays.

Les victimes d’homicide étaient dans les trois quarts des cas de sexe masculin et c’est la tranche d’âge de 15 à 29 qui avait le taux le plus élevé au monde soit 19,4 pour 100 000, et quant aux femmes, le taux est d’environ 4 pour 100 000 dans toutes les tranches d’âge sauf pour les 5 à 14 ans qui est presque 2 pour 100 000.

Pour le suicide et contrairement aux homicides, les taux ont une tendance exponentielle avec l’âge pour les deux sexes et ils étaient les plus élevés pour les plus de 60 ans, 44,9 pour 100 000 et les cas d’automutilations représentaient néanmoins la quatrième cause de décès et la sixième cause de mauvaise santé et d’incapacité des personnes entre 15 à 44 ans. (21)

Tranche d’âge (en années)	Taux d’homicide (pour 100 000 habitants)		Taux de suicide (pour 100 000 habitants)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0-4 ans	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14 ans	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29 ans	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44 ans	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59 ans	14,8	4,5	28,4	12,6
≥ 60 ans	13,0	4,5	44,9	22,1
Total ^a	13,6	4,0	18,9	10,6

Tableau 01 : Taux estimatifs d’homicide et de suicide dans le monde, par tranche d’âge, issu du rapport mondial sur la violence.(21)

L'OMS a fait part aussi dans son rapport sur les traumatismes et la violence qu'environ 5,8 millions de personnes décèdent chaque année des suites d'un traumatisme, représentant 10 % des décès à l'échelle mondial et que le un quart de ce nombre résultent d'un suicide ou d'un homicide.(32)

Entre 2000 et 2012, le résumé d'orientation de 2014 portant sur le rapport de situation de la prévention de la violence dans le monde de l'OMS, a fait part d'une baisse des homicides à l'échelle mondiale d'un peu plus de 16 % avec toujours des différences entre les pays selon le niveau de revenu de chacun, comme démontré dans le tableau ci-dessous.(1)

Région de l'OMS et niveau de revenu du pays	Nombre d'homicides	Taux d'homicides pour 100 000 habitants
Région africaine, revenu faible ou intermédiaire	98 081	10,9
Région des Amériques, revenu faible ou intermédiaire	165 617	28,5
Région de la Méditerranée orientale, revenu faible ou intermédiaire	38 447	7,0
Région européenne, revenu faible ou intermédiaire	10 277	3,8
Région de l'Asie du Sud-Est, revenu faible ou intermédiaire	78 331	4,3
Région du Pacifique occidental, revenu faible ou intermédiaire	34 328	2,1
Toutes les Régions, revenu élevé	48 245	3,8
Monde entier	474 931 ^a	6,7

Tableau 02 : Estimation du nombre et taux d'homicides pour 100 000 habitants, par Région de l'OMS et par niveau de revenu du pays.(1)

Le directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime « ONUDC » a indiqué dans une étude mondiale sur les homicides publiée en 2019 que le taux réel à l'échelle mondiale a noté une diminution de 7,2 en 1992 à 6,1 en 2017 et qui serait due à la croissance démographique et que à eux seuls, les armes blanches étaient les moyen de prédilection dans 97 183 des meurtres totaux dans le monde, un taux représentant 22 % du total des homicides mondiaux.

Dans la même étude, il a paru que les endroits les plus calmes étaient en Asie, en Europe et en Océanie avec des taux d'homicides bien en dessous de la moyenne mondiale de 6,1 contrairement à l'Afrique (13,0) devancée par l'Amérique (17,2), qui avait le pourcentage le plus élevé en 2017.

Il a cité aussi que près d'un meurtre sur cinq était le fait de crimes organisés et qu'ils étaient à eux seul responsable de 19% de tous les homicides en 2017 et qu'un fort pourcentage de violence était associé aux jeunes hommes, en tant qu'auteurs ou de victimes.(3)

Chez les jeunes de 15-29 ans, l'homicide est la troisième cause de décès représentant 37 % du nombre total mondial chaque année avec une prédominance masculine.(33)

Selon le rapport des statistiques sanitaires mondiales de 2023, les taux de mortalité par homicides a diminué de 22 % de 2000 à 2019 avec des variations par région comme en Europe les taux sont en baisse de 63% contrairement à la Région des Amériques où les taux sont restés à peu près les mêmes représentant presque trois fois la moyenne mondiale. (2,34)

Pour ce qui est de l'Algérie, selon les statistiques de l'observatoire mondial de la santé de l'OMS pour 2019, elle a un faible taux d'homicide relativement stable qui oscille entre 1,64 et 1,67 pour 100000 habitants depuis 2015 et cela en comparaison aux autres pays du grand Maghreb où elle est la plus inférieure, et d'autres pays en Amérique latine ou du Nord, et en Afrique où les taux d'homicide sont vraiment élevés.(35)

Quand est-il alors de la part de l'utilisation des armes blanches comme moyen dans les différents types de violence interpersonnelle ou dirigée contre soi-même, mortelles ou non mortelles dans les études mondiales ?

Au cours de notre recherche bibliographique on s'est rendu compte de la pauvreté d'études portant spécifiquement et uniquement sur le profil épidémiologique des différentes facettes concernant les violences par armes blanches en générale, soit pour la mortalité ou bien pour la morbidité et les séquelles et dommages laissés par l'usage particulier de ce type d'armes.

Cependant, ceux retrouvés concernaient soit des cas sporadiques de blessures particulières par arme blanche ou bien son usage dans le cadre de traumatismes pénétrants abdominaux ou thoraciques ou autre, ou bien citaient dans d'autres articles ou recherches portant sur les autres formes de violence, néanmoins, quelques travaux et thèses portant sur notre thématique de près ou de loin et pouvant être exploités ont été retrouvés, dont ci-après le détail :

2.2.La morbidité des violences par armes blanches :

2.2.1. En Amérique :

A Haïti, une étude transversale, rétrospective s'étalant sur une durée d'une année de janvier 2020 à décembre 2021 menée sur l'analyse des cas colligés des traumatisés abdominaux reçus dans le centre de Traumatologie MSF-Tabarre de Port-au-Prince, a fait mention de l'usage des armes blanches dans la violence dans 112 cas sur un total de 500 cas soit 22,4% des cas.(36)

2.2.2. En Europe :

En France, et selon un article paru dans le Journal Européen des Urgences et de Réanimation (2012) portant sur l'étude des plaies par arme blanche et leur prise en charge aux urgences, les traumatismes pénétrants sont peu fréquents et représentaient 10 à 15 % de l'ensemble des traumatismes, les armes blanches sont les principaux agents impliqués retrouvés dans 65 % des cas, et les suicides représentaient jusqu'à la moitié des circonstances.

Les plaies pénétrantes thoraco-abdominales sont les plus fréquentes (20 à 30 % de l'ensemble des plaies) et les plus graves (30 % des plaies mortelles)(37)

En Suisse, une étude parue dans la revue de médecine légale en janvier 2023 concernait les personnes âgées victimes de violence communautaire ayant consulté à l'unité de médecine des violences du centre hospitalo-universitaire vaudois, de type descriptive et rétrospective s'étalant entre janvier 2006 et décembre 2016, a permis de colliger 99 cas dont l'usage d'une arme piquante et tranchante était retrouvé dans 1,01% des cas et des plaies suturées chez 23 cas soit 23,2 %.(38)

Une enquête transversale auprès de 5 005 hommes britanniques, âgés de 18 à 34, réalisée en 2011 et publiée en 2021, a fait part d'une prévalence du port de couteau de 5,5 %, le double du taux national à Glasgow Est. Le port d'un couteau était favorisé et associé à de nombreux problèmes sociaux, à des actes soutenant la violence et à une antécédents psychiatriques à type de personnalité antisociale, une dépendance aux drogues et des idées paranoïaques.(39)

Une autre étude observationnelle réalisée au Royaume-Uni dans le centre de traumatologie majeure, cherchant la relation entre les violences aux couteaux et les condition socio-économique des victimes, incluant 139 patients âgés de ≤ 17 , majoritairement de sexe masculin, victimes de traumatisme par arme blanche sur une période de 2016 à 2022 a permis de mettre en évidence que les blessures par armes blanches chez l'enfant étaient en nette corrélation avec à un mauvais statut socio-économique dans plusieurs domaines.(40)

2.2.3. En Afrique :

Au Mali, une étude rétrospective et descriptive portant sur les données des patients victimes de violences volontaires admis au CHU du Point G. de Bamako dans les services de Chirurgie, de Gynéco-obstétrique, de Psychiatrie et de Médecine Légale, durant une période de 51 mois soit de janvier 2017 au mars 2021, avait retenu 103 cas et retrouvé que l'arme blanche était le moyen le plus utilisé dans les violences volontaires avec un taux de 44,7% des cas.(41)

Selon une thèse soutenue en 2021 portant sur les aspects épidémiologiques et médico-légaux des coups et blessures volontaires par armes blanches dans le service de Neurochirurgie du CHU Gabriel Touré à Bamako, et suite à l'étude prospective portant sur l'analyse des dossiers de victimes de 10 mois de consultations médico-légales allant du 01 décembre 2019 au 30 septembre 2020, les données de 329 cas ont été étudiées.

Une fréquence des coups et blessures volontaires par armes blanches a été retrouvée à 93,7% du total des coups et blessures volontaires général.(42)

A Bamako aussi, Les armes blanches ont été les plus utilisées avec 84% des cas dans une étude prospective sur douze mois de l'année de 2007 portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques et médico-légaux des coups et blessures volontaires dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré où 75 cas ont été enregistrés sur un nombre total de 1584 cas.(43)

Au Madagascar, une étude rétrospective portant sur 73 patients ayant une plaie thoracique par arme blanche hospitalisés dans le Service de Chirurgie Thoracique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Joseph Ravoahangy Andrianavalona (JRA), Madagascar, du 01 janvier 2015 au 31 janvier 2018, a été publiée en janvier 2021 dans la Revue des Maladies Respiratoires Actualités dont l'objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de ces plaies.

L'incidence de la violence par arme blanche avec plaies pénétrantes du thorax était de 12,27% sur trois ans.(44)

À l'Ouagadougou en 2007, une étude prospective d'une période de 12 mois (Octobre 2004 - Septembre 2005) recensant 85 cas de plaies pénétrantes abdominales (PPA) était faite portant sur les aspects épidémiologiques et résultats thérapeutiques des plaies pénétrantes abdominales par arme blanche au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO).

Les résultats ont révélé que les plaies pénétrantes abdominales par armes blanches constituaient 4,33 % des urgences chirurgicales abdominales et 82 % des plaies abdominales pénétrantes. Elles concernaient le sujet jeune (âge moyen : 26 ans) de sexe masculin (88,6 %) provenant des zones urbaines (82 %) de conditions sociales précaires (79 %). Les rixes et les agressions pendant les périodes de fête (75 %) sont les circonstances de survenue essentielles.(45)

Au Tchad, et selon le journal scientifique Européen en Mars 2016, un travail était publié portant sur les plaies pénétrantes par Armes blanches et à feu à N'Djamena, une étude prospective allant

du 1/07/2013 au 30/06/ 2014 comportait 129 patients : 120 hommes (93%) et 9 femmes (7%). les traumatismes pénétrants constituaient 22,7% des 569 admissions chirurgicales en urgence provoqués par une arme blanche chez 112 patients (77,5%) Les rixes et les agressions étaient la cause la plus fréquente dans 78 cas (60,5%).(46)

Au Guinée, une étude rétrospective portant sur le profil épidémiologique des agressions physiques au centre des Urgences de Yaoundé, a été menée sur une durée de neuf mois et couvrant une période de cinq ans de juin 2015 à juin 2020, a permis de retrouver que les armes blanches étaient le moyen instrumental le plus utilisé (55,34%) sur un total de 936 patients. publiée en avril 2022 dans la revue des sciences de la santé et des maladies. (47)

Aussi, un article de la revue de médecine légale paru en décembre 2019 portant sur une étude prospective de type descriptif allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 concernait l'ensemble des victimes de plaies par armes blanches admises au service de médecine légale à Conakry.

La fréquence de cette violence était de 9,28 % des coups et blessures volontaires recensés dans le service au cours de la période d'étude, sur un effectif total de 1357 cas reçus en consultation médico-judiciaire. (15)

Une autre étude prospective de type descriptif était réalisée durant une période de 8 mois allant du 1^{er} mai au 31 décembre 2016 portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques et médicolégaux des agressions physiques reçues à l'unité de médecine légale de l'Hôpital Donka à Conakry aussi, a permis de retrouver un taux d'usage des armes blanches piquantes, tranchantes, piquantes et tranchantes et tranchantes et contondantes à 26,76% du total de 314 cas.(48)

Au Maroc et dans le CHU de Rabat, une étude publiée en octobre 2015 dans le « Pan African Medical Journal » de type rétrospective, analytique, mono centrique s'étalant sur une période de trois années (de 2010 à 2012) a été réalisé portant sur les patients victimes de violence et d'agression admis au service de traumatologie du CHU de Rabat.

Elle a révélé que pour les 245 cas retenus, 152 étaient victimes de violences par armes blanches soit 62,04% des cas.(49)

Une autre étude marocaine publiée en 2019 dans la revue de médecine légale concernait le bilan d'activité de l'unité de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences au centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat au cours de l'année 2016, de type rétrospective descriptive, a permis le recrutement de 138 cas.

Soixante-six femmes ont été victimes de violences conjugales soit 53,7 % des cas, et le bilan lésionnel des violences physiques a fait ressortir l'usage d'armes blanches dont 10 cas de plaie cutanée simple (8 %), et 02 cas de plaies ayant occasionné une section tendineuse sous-jacente, soit 2 %.(50)

Une étude rétrospective étalée sur une période de 3 ans (février 2009- décembre 2011) a été réalisée au niveau du service de chirurgie thoracique, CHU Hassan II, Fès, Maroc et publiée dans le « Journal Marocain des Sciences Médicales 2014 ». Elle portait sur l'analyse des dossiers de 150 patients hospitalisés pour plaie (s) du thorax, les résultats ont montré que les plaies thoraciques intéressaient surtout l'adulte jeune (l'âge moyen est de 23,6 ans), de sexe masculin (96%), et qui seraient la conséquence dans la majorité des cas à des agressions par armes blanches (98%).(51)

L'article paru dans la revue de médecine légale de 2012 portant le titre sur la violence physique en milieu du travail a donné les résultats d'une enquête descriptive menée sur six mois auprès de 80 victimes de violence physique en milieu du travail ayant consulté à l'unité médico-judiciaire du CHU Ibn Rochd, Casablanca, a fait mention de la constatation de plaies chez 29 % des cas comme lésions retrouvées.(52)

En Tunisie : une étude rétrospective descriptive et analytique a été effectuée au service de Médecine Légale au centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba, Sfax, sur une période de six mois allant du 1^{er} juillet 2017 au 31 décembre 2017 portant sur les cas de Violences volontaires graves et conséquences médico-légales,

En résultats, 485 cas ont été colligés sur un total de 2181 cas des violences volontaires (22,2%), le taux de l'utilisation des armes blanches était de 25,2% des cas après les armes contondantes.(7)

En Algérie, deux thèses de doctorat en science médicale ont été retrouvées sur notre thématique, l'une à l'université de Sidi-Bel-Abbès en 2006 (27) et l'autre à l'université de Blida en 2009(53), les deux ont abordé les aspects médico-légaux des blessures par armes blanches servant ainsi comme base de données sur notre thématique, pour le centre et l'ouest du pays.

A l'Est du pays, au niveau de Annaba, une thèse de doctorat en science médicale soutenue en 2015, portée sur les aspects épidémiologiques et médico-légaux des violences conjugales dans la région, mortelles et non mortelles, réalisée pour les victimes vivantes sur deux modes rétrospective sur l'année 2009 et prospective sur les 3 premiers mois de 2013, a révélé un

pourcentage de violence conjugale par armes blanche, dans la première à 7,26% du total de l'effectif, et dans la deuxième à 5%.

Pour les victimes décédées, l'enquête s'est faite sur deux modes aussi, rétrospectivement sur l'année de 2009 et qui a permis de révéler sur 35 femmes décédées de mort violentes, que dans 38,88% des cas s'était des homicides par armes blanches, et pour le mode prospective, réalisé sur deux ans de 2012 et 2013, douze homicides conjugaux ont été recensés dont le un tiers était perpétré par des armes blanches.(54)

2.3.La mortalité des violences par armes blanches

2.3.1. En Afrique :

En Algérie : Selon un article paru dans la revue de médecine légale 12 (2021) portant le titre « L'homicide en Algérie : étude exploratoire documentaire sur 604 dossiers d'enquêtes d'homicides » et dont l'objectif était de décrire les caractéristiques sociodémographiques des auteurs et des victimes et la spécificité des homicides en Algérie basées sur le recueil de données documentaires des dossiers d'enquêtes de 604 homicides survenus entre 2011 et 2014.

Les résultats ont permis de dresser un profil des meurtriers qui se distinguait par les caractéristiques suivantes : homme entre la vingtaine et la trentaine, célibataire, sans emploi, impulsif, peu instruit, pauvre, consommateur d'alcool, utilisant l'arme blanche et caractérisé par des motifs de nature expressive.

L'usage de l'arme blanche comme premier moyen utilisé dans les homicides était noté dans 80,3 % des cas.(8)

Variables de l'étude	Synthèse des résultats
Nationalité	93 % des auteurs et 99 % des victimes sont de nationalité algérienne
Genre	88,2 % des auteurs et 82 % des victimes sont des hommes
Âge	Auteurs (M = 30,66 ans) Victimes (M = 36,38 ans)
Niveau scolaire	Auteurs : 25,3 % de niveau primaire. 73,5 % de niveau secondaire. 1,2 % de niveau universitaire Victimes : 22,8 % de niveau primaire. 75 % de niveau secondaire. 2,2 % de niveau universitaire
Situation professionnelle	57,5 % des auteurs et 53,5 % des victimes exercent une activité rémunérée. 42,5 % des auteurs et 46,5 % des victimes sont sans emploi
Statut matrimonial	Célibataire : auteurs 64,2 et victimes : 57,8 % Vivant en couple : auteurs 29,3 % et victimes : 42,2 %
Antécédents judiciaires	Auteurs : 55,7 % condamnés pour crimes violents. 44,3 % pour crimes non violents Victimes : 51,1 % condamnés pour crimes violents. 48,9 % pour crimes non violents
Consommation	Auteurs : 24 % se trouvaient sous l'effet de l'alcool Victimes : 25 % se trouvaient sous l'effet de l'alcool.
Type d'homicide	Dans 18 % des cas les auteurs et les victimes se trouvaient sous l'effet de l'alcool. Homicide querelleur : 35,4 % Homicide passionnel : 31,7 % Homicide associé à un vol : 16,1 % Homicide dans le cadre de règlement de compte ou activité illicite : 4 % Homicide sexuel : 1,2 % Autres homicides : 11,6 %
Lien avec la victime	Relation de voisinage 28 % Relation familiale 21,9 % Relation amicale 14,4 % Relation intime 12,3 % Aucune relation 11,8 % Relation inconnue 6,5 % Relation professionnelle 3,6 % Relation criminelle 1,5 %.
Moment du crime	Durant la journée : 40,1 % Durant la soirée : 39,5 % Durant la nuit : 20,4 %
Lieu du crime	Lieu public : 57,4 % Lieu d'habitation : 42,6 %
Arme du crime	Arme blanche : 80,3 % Arme à feu : 8,1 % Force corporelle 8,11 % Autres : (Incendie 1,3 %) (Heurt de voiture 2 %) (Poison 0,2 %)

Tableau 03 : Présentation synthétisée des résultats de l'étude suscitée.(8)

Dans une étude faite dans le cadre d'une thèse de doctorat en science médicale portant sur les morts violentes criminelles de la wilaya de Sétif, un recueil rétrospectif des données était fait sur une période de 10 ans de 2005 à 2014, a permis de révéler 276 cas d'homicide dont 38% sont le fait d'armes blanches soit 81 cas. Un autre recueil prospectif sur 3 ans a été fait aussi portant sur les années 2015, 2016 et 2017 et a permis de retrouver 61 morts criminelles dont 37% étaient produits par armes blanches soit 23 cas.(55)

En Tunisie : Un travail portant sur le profil épidémiologique et thanatologique des homicides par armes blanches dans la région de Kairouan en Tunisie, a été réalisé par une étude rétrospective transversale des cas autopsiques d'homicides par arme blanche colligés au Service de Médecine Légale au CHU Ibn El Jazzar sur une période de douze ans (01/01/2008 au 31/12/2018). Quarante-sept 47 cas d'homicides ont été retrouvé et le couteau piquant et tranchant a constitué l'arme blanche la plus utilisée (90%).(56)

Une autre étude rétrospective était réalisée dans le nord de la Tunisie afin de dresser un profil victimologique des auteurs de suicides par armes blanches dans le service de Médecine Légale de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une durée de 8 ans (du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2009). 9 cas de suicides par armes blanches ont été colligés.(57)

Au Côte d'Ivoire, une étude rétrospective et descriptive a été faite portant sur les personnes décédées à domicile des suites d'un homicide à Abidjan, réalisée sur une période de 06 ans (2015 à 2020), a révélé que 57,6% des cas étaient consécutifs à des violences par armes blanches surtout les instruments piquants et tranchants, la tranche d'âge la plus touchée c'est les 25 à 34 ans (40%), non marié (47%), de sexe masculin (66%), commerçants (38,8%).(58)

2.3.2. En Europe: 40 % des homicides, soit 6000 par an, sont commis avec des couteaux et d'autres armes pointues en 2017.(4)

En France, les traumatismes pénétrants représentent 10 à 15 % des traumatismes, dont la majorité par armes blanches avec une mortalité faible (1 à 2 %).(59)

Une étude publiée dans le Journal de Chirurgie Viscérale en 2016; portait sur un travail évaluant la prise en charge des plaies pénétrantes abdominales et thoraco-abdominales, à propos d'une série rétrospective de 186 cas pris en charge entre 2004 et 2013 dans la clinique universitaire de chirurgie digestive et de l'urgence du CHU de Grenoble, a permis de constater une utilisation majoritaire des armes blanches comme moyen de violence dans 145 cas (78%) avec un taux de mortalité de 4 cas (2,8 %). (60)

Une étude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2020, publiée par le ministère de l'intérieur Français, a fait part de 125 morts violentes au sein du couple, dont 102 femmes, chiffre en baisse avec en moyenne, un décès tous les trois jours (contre un tous les deux jours en 2019).

L'usage de l'arme blanche était retrouvé dans 30% des faits qui se sont tenus majoritairement à 86% dans le domicile du couple et précédés dans 30% des cas de dispute.(5)

En Allemagne, une étude a été faite sur les plaies pénétrantes selon les données de la société allemande de traumatologie, durant la période de 2009 à 2018, 4 333 patients ont été blessés par des armes blanches avec un taux de prévalence de 1,8 %, causées souvent par des crimes violents et un taux de mortalité plus faible estimé à 6,8 %.(61)

Au Royaume-Uni de 2011 à 2021, environ 61,8 % des crimes au couteau étaient signalés dans le sud du pays concernant plus le sexe masculin en âge d'adolescence et au début de l'âge adulte. (6)

2.3.3. En Amérique du Nord, les homicides par armes blanches représentaient moins de 20 % loin derrière les armes à feu retrouvées dans environ 76 % de tous les homicides pour l'année de 2017.

2.3.4. En Asie :

À Taïwan, selon une étude de cohorte rétrospective de 1998 à 2015, portée sur les mortalités hospitalières par homicide, afin de comprendre les caractéristiques et les facteurs de risque de ces derniers, a retenue 511 décès. La tranche d'âge la plus touchée est 25 à 44 ans avec 44,76 % des hospitalisations et la violence par armes blanches était retrouvée dans 13,16%.(62)

2.4. Les facteurs de risque de la violence

La violence, problème complexe a différentes facettes qui ne connaît pas de frontières et n'épargne personne, est un fléau social à grande envergure.

Pour essayer de lutter contre, il faut d'abord connaître les différents facteurs pouvant être en cause ou influencer de près ou de loin sa survenue, et là en va comprendre qu'il existe un engramment complexe de nombreux éléments biologiques, sociaux, culturels, économiques et politiques à prendre en considération.

Sur ce, l'OMS a proposé et adopté un modèle schématique englobant les différents facteurs de risques possibles répartis en quatre niveaux comme illustré ci-dessous.

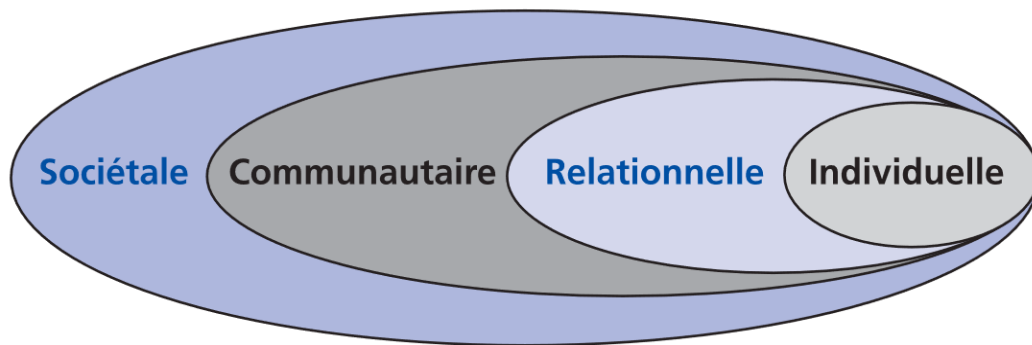


Figure11 : Modèle écologique de la violence.(21)

Niveau 1, concerne les facteurs individuels qui peuvent être des prédispositions ou facteurs biologiques et des antécédents personnels d'un individu pouvant l'influencer dans le sens de victime ou de devenir auteur de violence, et là on pourrait citer quelques caractères quantifiables comme l'âge, le sexe, le niveau d'étude, des troubles psychique ou psychiatrique, des habitudes toxiques....

Niveau 2, concerne les facteurs relationnels qui concernent le vécu d'une personne avec son entourage, famille, ami, époux...etc. et ici on pourrait citer le type et nature d'habitat, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, le statut professionnel, l'existence de violence antérieure, la notion de répétition.

Niveau 3, concerne les facteurs communautaires qui s'intéressent aux conditions sociales entourant le vécu d'un individu à savoir le milieu scolaire, le milieu de travail, de sport, l'adresse exacte pour chercher les zones dites chaudes à grand risque de violence...

Niveau 4, concerne les facteurs sociétaux en leur sens le plus large touchant la disponibilité ou pas des outils de violence et dans notre cas des armes blanches et éventuellement la législation les régissant à savoir la vente, détention, utilisation ainsi que le côté répressif en cas de leurs utilisation à mauvais escient, elle touche aussi tous les questionnements d'ordre éthiques et morales voir même culturelles et religieux.

Ici aussi les politiques sanitaires, économiques, éducatives et sociales peuvent être creusés pour détecter d'éventuels facteurs qui influencent les inégalités économiques ou sociales entre groupes d'individus.(1)

Donc, dans la perspective de recherche des facteurs de risques pour pouvoir élaborer et proposer des stratégies préventives il faut se pencher sur les quatre niveaux sus cités tout en ayant en tête qu'ils se chevauchent et sont liés dans différents paramètres.

2.5.Les critères de gravité des blessures par armes blanches

Dans les traumatismes et la violence de tous genre, le sommet des répercussions c'est le décès des victimes, mais dans beaucoup plus de cas, il y a ceux qui s'en sortent indemnes de tous mal et ceux qui survivent avec des séquelles.

Qu'ils soient minimes ou graves, temporaires ou permanentes, leurs natures et gravités dépendent du type de la violence et la nécessité d'une prise en charge thérapeutique initiale, soit dans une structure sanitaire de base, soit aux urgences ou nécessitant carrément une hospitalisation pour surveillance ou prise en charge chirurgicale.

Selon l'OMS, les traumatismes sont responsable de moins de 16 % de toutes les incapacités dans le monde.(32)

Dans cette perspective, la gravité des traumatismes est représenté schématiquement sous forme de pyramide dont la base c'est les violences simples ne nécessitant pas de prise en charge, le sommet c'est les violences mortelles et entre les deux c'est les degrés de la prise en charge thérapeutique comme illustré ci-dessous.

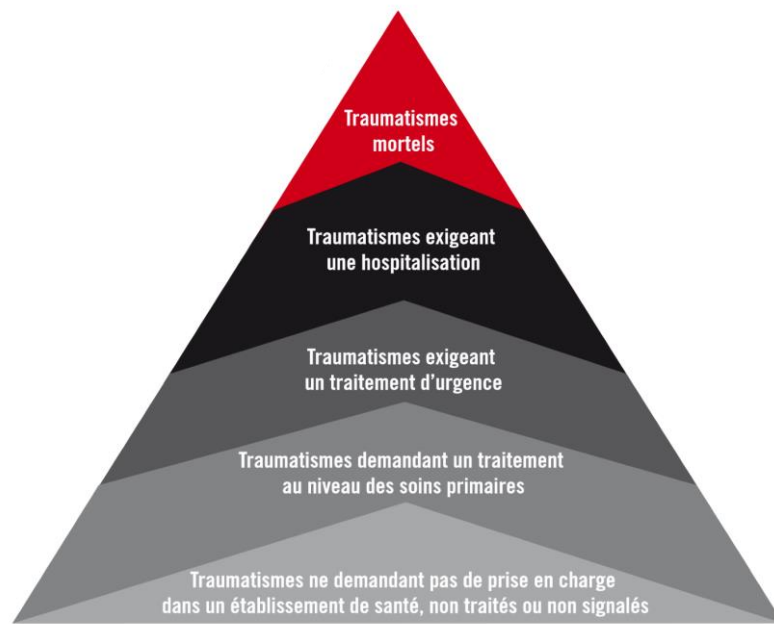


Figure 12 : Représentation graphique des différents degrés de gravité des traumatismes.(32)

L'appréciation du degré de gravité des blessures par arme blanche dépend de l'analyse de plusieurs facteurs qui vont permettre d'orienter la stratégie globale de prise en charge thérapeutique et médico-légal :

- **La nature de l'arme blanche utilisée :** On distingue les armes piquantes, les tranchantes, les tranchantes et piquantes et les tranchantes et contondantes. Elles provoquent des plaies plus ou moins minimes en superficie mais associées en interne à des lésions hémorragiques vitales faisant leur gravité.
- **Le mécanisme lésionnel :** il relève de l'étude de la cinétique des coups avec tous ce qui la concerne comme notions physiques et biomécaniques c'est-à-dire l'énergie et le transfert d'énergie employés, et là, il faut savoir que l'énergie cinétique d'un objet est fonction de sa masse et sa vitesse et que pour les armes blanches, elle est concentrée sur la pointe ou le tranchant de l'arme : plus la lame ou la pointe est aiguisée, plus elle est tranchante ou perforante.
- **La zone visée :** est un élément de gravité très important et doit être accompagnée d'un résonnement clinique et médico-légal concernant la position de l'agresseur et la reconstitution du trajet, chose intéressante pour prévoir les lésions profondes éventuelles. (63)

La représentation de la gravité selon les zones touchées dans les violences mortelles ou non, est représentée dans la figure ci-dessous.

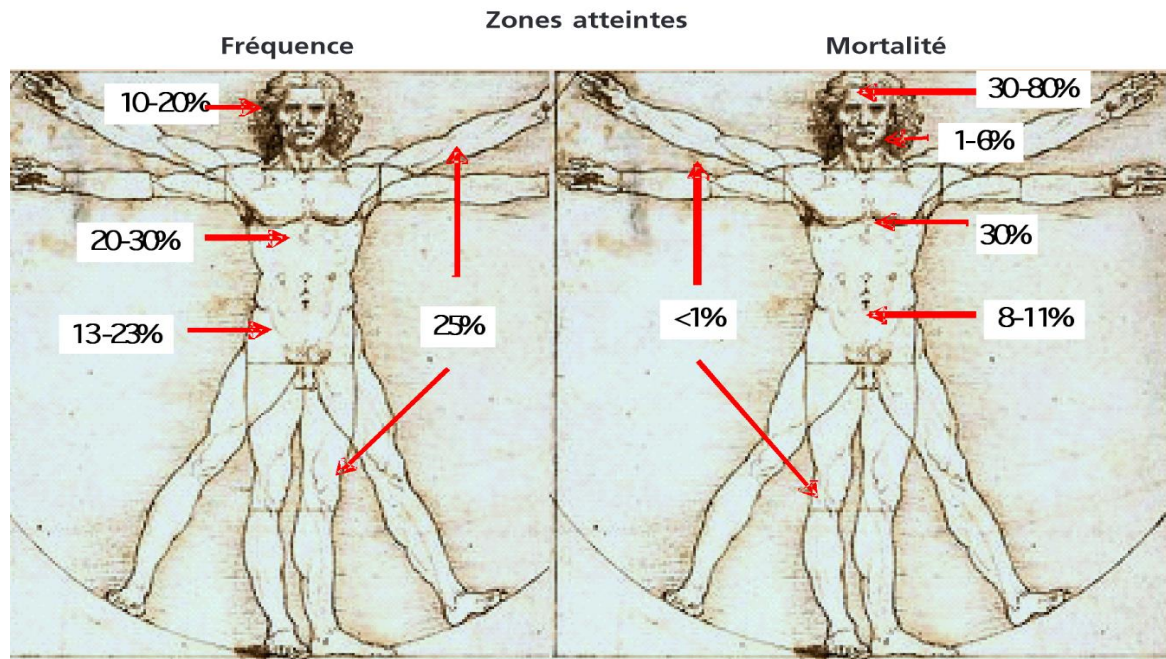


Figure 13 : Représentation des fréquences des sites des lésions par arme blanche, mortelles et non mortelles.(63)

- **Le contexte de l'agression :** est intéressant à rechercher pour essayer de comprendre le mécanisme lésionnel et pouvoir répondre à certaines interrogations dans le raisonnement effectué, à savoir : le nombre d'agresseurs présage du nombre d'armes utilisées et donc des plaies à rechercher, la position de l'auteur et son sexe présagent de la direction des coups, la localisation et le groupement des lésions présagent une nature d'autolyse...

3. Etude médico-légale des blessures par armes blanches

3.1. Notions de base

Afin de pouvoir comprendre l'aspect lésionnel des différentes blessures engendrées par les armes blanches, nous avons jugé utile de faire un rappel de la structure lésée en premier lieu qui est la peau et en même temps aborder la genèse lésionnelle.

3.1.1. Composition du tissu cutané

La peau, appelée aussi tégument, est l'organe le plus lourd et le plus étendu de l'organisme, elle ne constitue pas qu'une simple enveloppe recouvrant notre corps mais elle assure de nombreuses fonctions aussi sensorielle, métaboliques, protection, thermorégulation... (64)

Sur un plan structural, la peau est constituée de trois tissus superposés :

- L'épiderme : c'est le tissu le plus externe, un épithélium de revêtement dont la fonction principale est la protection de l'organisme contre les agressions extérieures assurée grâce à la cohésion de ses cellules appelées kératinocytes qui se durcissent en se chargeant de kératine ; (65)

C'est un tissu non vascularisé nourri par diffusion à partir du derme, il est composé de cinq couches cellulaires : La couche cornée, la couche claire, la couche granuleuse, la couche épineuse, la couche basale la plus profonde de l'épiderme.

- Le derme : c'est la couche intermédiaire composée de tissu conjonctif lâche et de tissu fibreux, constitué d'une substance fondamentale dans laquelle on y trouve les glandes sudoripares, les glandes sébacées, la racine du poil, et baignent des cellules appelées fibroblastes, des fibres de collagène et des fibres élastiques qui confèrent à la peau son tonus, sa force et sa résistance. (66)

Il est riche en terminaisons nerveuses et en vaisseaux sanguins mais dépourvu de tissu adipeux.

Les fibres collagènes sont à l'origine de l'existence de lignes de tension et de plissements de la peau caractéristiques appelées « lignes de clivage » ou « lignes de Langer ». (67)

- L'hypoderme : c'est la structure la plus profonde de la peau, située sous le derme, elle est formée de tissu conjonctif lâche riche en tissu adipeux constituant une sorte d'engrainage pour les organes sous-jacents, terminé en profondeur par le tissu cellulaire sous-cutané.

3.1.2. Genèse lésionnelle

Quel que soit leur nature, le rapprochement du corps humain avec des armes blanches entraîne une blessure appelée « plaie » qui est une solution de continuité des éléments de la peau traversée, avec ou sans saignement et béance selon le degré de profondeur de celle-ci.

La genèse lésionnelle dépend d'abord de plusieurs éléments physiques et biomécaniques conditionnant la survenue ou pas de lésion et la forme que va prendre cette dernière.

On peut être confronté à trois situations :

- Le corps est inerte et c'est l'agent vulnérant qui est en mouvement donc animé d'une force et d'une vitesse ;
- Le corps est en mouvement et il est freiné par un agent vulnérant inerte ;
- Le corps et l'agent vulnérant sont tous deux animés d'une vitesse et d'un mouvement.

Dans ces situations, la survenue de lésions et leurs gravité va dépendre de :

- L'énergie cinétique (E_k) transmise donc la manière dont le coup a été asséné à la victime et qui est en relation avec la masse du corps (m) et de sa vitesse (v) : elle est d'autant plus importante que la masse du corps est grande et que sa vitesse est élevée.

$$E_k = m \cdot v^2 / 2 \quad E_k : \text{Energie cinétique}, \quad m : \text{masse du corps}, \quad v : \text{vitesse}$$

- Le siège et la surface de contact entre l'objet vulnérant et les téguments, en tenant compte de l'épaisseur de la paroi et la nature des structures sous-jacentes (tissu mou, os...) ; Plus l'objet est pointu et plus sa pénétration sera aisée contrairement aux objets avec une surface grande, la vitesse au moment de l'impact devra être plus élevée pour causer des lésions et des déformations de l'obstacle.

P (pressions) = F (force) / S (surface), quel que soit la force, la pression sera d'autant plus petite que la surface de contact est grande.(68)

D'autres paramètres sont à prévoir dans la genèse lésionnelle et qui vont déterminer l'aspect morphologique des blessures :

L'angle de contact de l'arme blanche avec l'organisme : cela dépend du geste accompli.

Un coup porté perpendiculairement à la peau va donner généralement une plaie reproduisant la même largeur de la lame utilisée, si cette dernière pénètre le corps obliquement, là, la plaie sera plus large et en cas de geste porté obliquement, elle pourra présenter des aspects en estafilade ou une égratignure appelée « queue de rat », au niveau d'une extrémité.

Dans le cas de coup tangentiel à la peau, on pourra avoir même une plaie de type incision ou coupure voir même une perte de substance cutanée.

La forme des plaies dépend également de l'élasticité cutanée et aux lignes de tension appelées lignes de Langer qui varient d'un siège à un autre. Si le coup est porté parallèlement à ces lignes, la plaie qui va en découlé sera très peu déformée, néanmoins, si la lame pénètre perpendiculairement, les berges de la plaie seront attirées par les forces élastiques cutanées, et elle sera déformée par une béance transversal et un raccourcissement longitudinal.(67)

La profondeur de la plaie peut être fonction de l'élasticité de la paroi et de la puissance de pénétration de l'agent vulnérant, cependant, son appréciation va être possible que par l'exploration en interne du corps que ce soit par chirurgie chez le vivant ou par autopsie chez la personne décédée. Le sondage des plaies n'est pas préconisé car il entraîne la formation de faux trajet.

Sur ce, au niveau abdominal, la profondeur de la plaie ne va pas être égale à la longueur de la lame mais beaucoup plus du faite de la dépression de la paroi contrairement au niveau du thorax, la pénétration de la lame va être freinée par le plan osseux des côtes et donc il n'aura pas de dépression et la profondeur de la plaie peut reproduire la longueur de la lame.

La direction du coup porté et la manière dont l'arme était tenue influence la forme de la plaie donc de l'étude de l'aspect de cette dernière, on va tirer des hypothèses concernant les circonstances de survenue.

Les coups postés avec une arme dont la lame est du côté du pouce favorisent les gestes dirigés de bas en haut et inversement dans les gestes dirigés de haut en bas, la lame serait tenue du côté du petit doigt.

L'aspect des bords de la plaie nous renseigne sur la nature de l'agent vulnérant et aussi sur la nature des coups portés : le bord arrondi témoigne du dos de la lame et l'aigu du côté tranchant de celle-ci.

D'autres variantes peuvent être observé donnant des plaies irrégulières en « Y », en « L », en « T » ou même en « X », pour une seule pénétration provoquant des bords bifides ou trifides dus au changement de direction ou rotation de la lame à l'intérieur du corps ou d'un mouvement de retrait incomplet de l'arme et son enfoncement à nouveau, la qualité de l'affutage de l'arme blanche influence aussi sur l'aspect des bords.

Le poids de l'arme influence aussi la forme de la plaie et donnera des berges contuses.

3.2.Détermination de l'origine vitale ou post mortem des blessures

Cette réflexion s'applique lors de la découverte d'un cadavre avec des plaies multiples entrant dans le cadre d'acharnement ou les cas rares de mutilation ou dépeçage de corps et là, les plaies auront d'intérêts que si elles sont d'origine vitale.

En cas d'infraction de la peau, le processus de réparation passe par cinq phases successives :

- L'hémostase : par la formation d'un caillot fibrinocruorique faisant suite à l'agrégation plaquettaire (hémostase primaire) puis la coagulation (hémostase secondaire).
- Le début de l'inflammation, ayant comme but de prévenir l'infection et induire la nécrose et/ou l'apoptose du tissu mortifié atteint.
- La détersion du tissu détruit ;
- La phase de régénération avec formation d'un tissu de granulation ;
- La maturation du tissu néoformé par un épithélium qui va prendre la forme définitive de tissu cicatriciel. (69)

Dans la succession de ses phases, et sous réserve d'un délai de survie suffisant, apparaîtront certains signes macroscopiques et histologiques vitaux ayant une grande valeur médico-légale :

3.2.1. Caractères macroscopiques : représentés classiquement par trois éléments :

- **L'hémorragie** : qu'elle soit externe touchant la peau, les vêtements, le lieu, l'agent causal ou même l'agresseur, ou interne infiltrant le tissu cellulo-adipeux, les muscles et les gaines vasculaires ou remplit les cavités pleurale, péritonéale ou autres, elle résulte de l'effraction du revêtement cutané avec atteinte des capillaires et vaisseaux et infiltration des tissus péri lésionnels.(70)

Il existe certaines situations où l'hémorragie ne se produit pas ou elle est minime comme dans les plaies par instruments piquants, l'arrachement cutané, l'inhibition de la circulation par atteinte des centres nerveux, l'hémorragie interne importante, ou l'hémorragie externe foudroyante et le cas des plaies multiples dont la dernière peut ne pas saigner et va soulever l'interrogation quant à son origine anté ou post mortem.

La présence d'une infiltration hémorragique des tissus oriente donc vers une blessure vitale, cependant il est décrit qu'une extravasation sanguine peut se produire après la mort dans les cas où le sang reste fluide (noyé) ou si elle porte sur des régions de lividités.(25)

- **La Coagulation sanguine** : est un phénomène vital capital, le sang infiltrant les berges d'une plaie et les tissus avoisinants va se coaguler et se solidifier et adhérer fortement aux mailles des tissus formant un aspect de feutrage qui ne disparaît pas au lavage. Le sang perd ces propriétés coagulantes progressivement après la mort et donc une plaie survenant très peu de temps après le décès peut être le siège de signe de début de coagulation mais le sang épanché dans les séreuses même en ante-mortem ce coagule d'une manière inconstante comme au niveau du péritoine.(25,70)
- **L'écartement des berges des plaies** : dépend de la mobilité de la peau et le siège des plaies (minime au niveau du dos et le cuir chevelu), c'est en rapport avec la rétractilité des tissus qui ne disparaît pas complètement et rapidement même après la mort.(70)

Suivant ce qui a été dit, il résulte que les caractères macroscopiques donnent une appréciation approximative et incertaine quant à la notion de vitalité d'une plaie, c'est pour ça, d'autres caractères plus précis sont à rechercher.

3.2.2. Caractères histologiques

La mise en évidence histologique d'un infiltrat inflammatoire dans les berges d'une plaie est le seul critère souvent reconnu de vitalité pouvant être absent dans les plaies post-mortem ou les plaies ayant entraîné la mort rapidement, sinon s'il s'agissait de plaies anciennes, le diagnostic est plus ou moins aisé par la présence d'hémosidérine, de signes d'infection et de cicatrisation.(25,70)

Dans le premier cas des plaies proches de la mort, c'est-à-dire 15 minutes avant et après le décès le diagnostic est délicat lorsqu'il s'adresse aux méthodes classiques :

- L'afflux des polynucléaires neutrophiles : premières cellules inflammatoires visibles dans les heures suivant la lésion avec un délai variant de dix minutes à quatre heures, la recherche d'un infiltrat inflammatoire débutant autour des structures vasculaires de petit calibre doit être recherché.(69)
- Les modifications de la trame conjonctivo-élastique : recherchés par le signe de la fibre élastique : qui dans les plaies et lésions vitales, les mailles du filet élastique sont éclatées et déchirées voir même pelotonnées en nœud chose qui est rare ou absente dans les plaies post-mortem et les plaies faite immédiatement après la mort. (70)

Ainsi, la méthode histologique standard peut être mise en défaut en cas de plaies infligeant la mort rapidement et l'absence d'infiltrat inflammatoire des berges n'exclut pas la possibilité d'une blessure pré-mortem, nécessitant alors le recours à d'autres techniques complémentaires.

3.2.3. Les techniques immuno-histochimiques

À chaque étape du processus cicatriciel des plaies, de nombreuses molécules et substances sont produites et libérées dans les tissus lésés (facteurs de coagulation, facteurs inflammatoires, cytokines, facteur de croissance, etc.) dont la détection permet de dater les lésions et affirmer le caractère anté-mortem.

Sur cette lancée, Certaines études apportent des résultats particulièrement prometteurs surtout pour le facteur de nécrose tumorale : $TNF\alpha$ (marquage au niveau des mastocytes et des kératinocytes), L'interleukine $IL-1\beta$, $IL6$, et les « transforming growth factor » : $TGF\alpha$ et $TGF\beta1$ (kératinocytes) révélant un élément important concernant le délai minimal de réponse par apparition d'un signal significatif qui est inférieur ou égal à dix minutes pour $TGF\alpha$ et $TGF\beta1$ jugés les plus intéressants.

Aussi le risque de surexpression dans des blessures post-mortem a permis de récuser l'utilisation de certains marqueurs comme la fibronectine et la P-sélectine.(69)

Au final, les investigations classiques donnent une incertitude des résultats d'environ 3 heures après la mort privilégiant les autres méthodes ou la confrontation si possible de tous.

3.3.Détermination de la nature des blessures

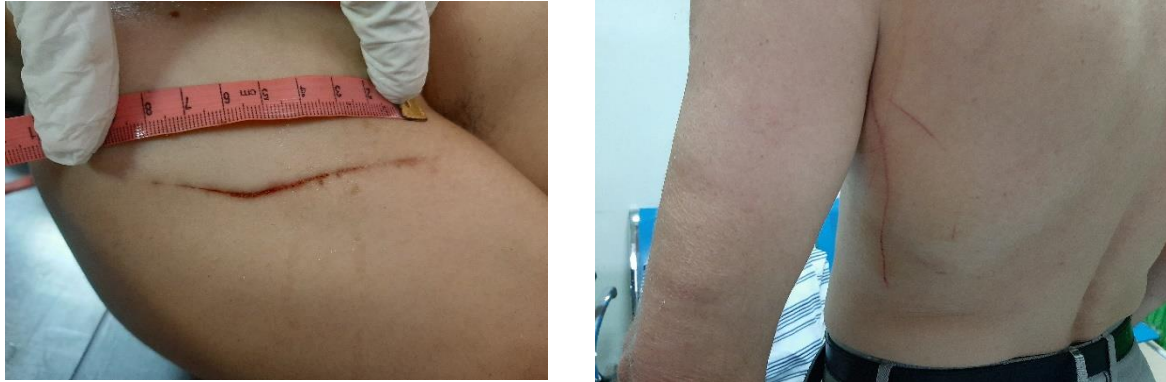
Que ce soit d'une manière volontaire ou involontaire, le corps humain peut être sujette à des lésions et blessures pouvant être minimes ou graves et qui sont d'un grand intérêt du point de vue judiciaire soit pénal car c'est à la base des quelles prendra naissance une inculpation ou une condamnation, ou civile par une réparation de dommage subi.

Les blessures peuvent être définies comme des traces organiques, objectives et actuelles d'un fait traumatique antérieur (25), ils représentent «toutes les lésions produites sur le corps humain par le rapprochement ou le choc d'une arme, d'un instrument ou d'un objet quelconque» (Dalloz) (70) donc il faut savoir les identifier selon leur nature, leur origine, leur circonstance et selon leur modalité de survenue ou les agents vulnérants.

Dans le cadre de notre travail, les armes blanches provoquent des blessures appelées « plaies » qui représentent la deuxième grande catégorie des blessures après celle des contusions, et sont

des solutions de continuité, d'effractions ou destructions des téguments avec ou sans participation des tissus sous-jacents et là on distingue selon la profondeur de l'atteinte :

- Les égratignures : lésions les plus superficielles et les plus légères qui consistent en l'effraction des couches supérieures de l'épiderme, leur évolution se fait vers la formation d'une croûte d'un liquide exsudatif lymphatique. (70)



Figures 14 : Egratignures de longueurs variables sur un cadavre et sur personne vivante. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- Les plaies superficielles : c'est des plaies simples avec effraction de la couche superficielle de la peau donc l'épiderme sans atteinte profonde ne nécessitant pas de sutures.
- Les Plaies simples : on retrouve uniquement l'effraction de la peau sans destruction des berges ou du fond, donc les berges sont réguliers, nets, linéaires sans aucune perte de substance, facilement rapprochables et facilement suturables.



Figure 15 : Plaie simple, à bords réguliers, suturée, siégeant sur le visage. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- Les plaies contuses : réunissent les caractéristiques d'une plaie et d'une contusion avec des berges irréguliers difficilement rapprochables et difficilement suturables, c'est des déchirures de la peau et des tissus sous cutanés, produite par un écrasement du fait du

poids de l'arme ou la présence d'un plan osseux sous-jacent donnant un aspect irréguliers, étoilé à berges amincies et déchiquetées et à fond anfractueux. (12)



Figure 16 : Plaie contuse étoilée du cuir chevelu, entourée d'une plaie simple arciforme thérapeutique. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- Les plaies compliquées : c'est les plaies simples ou contuses ayant entraîné des lésions profondes et internes graves nécessitant une hospitalisation et une prise en charge chirurgicale avec possibilité de séquelles temporaires ou définitives ultérieures et qui dépendent de la violence de coups ou de la nature de l'arme et si elle est bien aiguisée.



Figures 17 : Plaies compliquées d'une amputation de la main à gauche et d'une fracture du moignon de l'épaule à droite. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

3.4.Caractéristiques des blessures selon le type de l'arme blanche

L'aspect morphologique des plaies varie avec la nature même de l'arme blanche utilisée donnant des formes spécifiques, on distinguera :

3.4.1. Les blessures par instruments tranchants

Les armes tranchantes sectionnent les tissus par une action purement coupante soit par leur fil ou leur poids, suivant la manière et le mouvement dont elles sont maniées, elles sont dites alors armes « de main » ou « de taille », provoquant généralement des plaies simples, rectilignes, plus longues que profondes et à bords nets et réguliers.

Les bords ou berges des plaies seront sans bavures et nets lorsque le tranchant de l'arme est bien aiguisé, sinon si il est ébréché ou dentelé, il va sectionner et arracher les téguments en même temps comme pour les scies qui donnent des plaies effilochées.(25)

Les extrémités des plaies présentent un côté plus ou moins profond qui correspond au début de la lésion et un coté en pente douce qui se termine par une égratignure linéaire de l'épiderme appelée « queue de rat » qui témoigne du retrait de la lame et permet donc de s'orienter sur le sens et la direction du coup porté.(12)



Figure 18 : Plaie simple par cutter, dirigée du cuir chevelu vers l'aile nasale selon sa profondeur. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Le tracé des plaies dépend de la zone touchée, si elle est plane, il sera rectiligne, mais si elle a des reliefs ou si elle est en mouvement au moment du coup, le tracé sera incurvé en fonction de la zone. Dans certaines situations, on peut avoir deux plaies pour un seul coup lorsqu'il survient dans une région avec un pli cutané.

Les coups portés obliquement provoquent des sections des téguments dites en « lambeau ».(70)



Figures 19 : plaies par lame rasoir, deux plaies pour un seul coup à gauche, et une plaie en lambeau à droite. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

3.4.2. Les blessures par instruments piquants

Cette variante d'instruments est caractérisée par une extrémité plus ou moins pointue animée d'une percussion punctiforme « estocade » donnant une importante pénétration sur une faible surface de contact. (70)

Les lésions provoquées sont des plaies étroites à bords nets, avec un trajet profond, dont l'aspect dépend du type de l'instrument utilisé et qui se répartissent en :

- Les instruments dits « sans arêtes » à tige cylindrique ou conique donnent des plaies non pas arrondies mais en forme de fentes orientées dans le sens des lignes de tension de la peau (lignes de langer), non pas le sens du coup.



Figures 20 : Violence par arme piquante. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

La pointe va pénétrer en écartant les fibres de la surface en profondeur créant ainsi un clivage qui va conditionner la direction de la fente qui peut donner une asymétrie entre la plaie superficielle et celles provoquées lors du trajet en profondeur.

Si le grand axe de la fente est opposé aux lignes de la peau, on est orienté vers une arme piquante et tranchante. (12)

- Les instruments dits « munies d'arêtes » à tige triangulaire ou quadrangulaire, la forme des plaies varié selon la nature des arêtes :

Si elles sont mousses donc non tranchantes, la plaie va prendre les caractéristiques des instruments sans arêtes.



Figure 21 : Violence par arme piquante : Fusil harpon.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Si les arêtes sont coupantes, la blessure va prendre un aspect étoilé reproduisant le nombre d'arêtes mais pas la taille et la forme exacte de l'instrument du fait de la rétraction cutanée. (25)

3.4.3. Les blessures par instruments piquants et tranchants

Les armes piquantes et tranchantes réunissent les caractéristiques des deux variantes précédentes, elles sectionnent les tissus par la lame, qui peut être à une seule arête tranchante ou à double arêtes tranchantes, en même temps que la pointe s'enfonce dans l'organisme donc c'est des armes de « taille » et « d'estoc ». (25)

Elles sont la variante la plus fréquente des armes blanches, et donnent les lésions les plus fréquemment observées en consultation ou en autopsie. Ces plaies sont habituellement plus profondes que longues avec des bords nets et réguliers et des angles soit aigus ou arrondis.



Figures 22 : Plaies en boutonnières, un angle aigu et l'autre arrondi à gauche, et à double angles aigus à droite. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

La forme retrouvée est celle d'une boutonnière avec soit deux angles aigus qui témoignent souvent d'une arme à double tranchant ou parfois à un seul tranchant dans le cas où l'arme est enfoncée en appuyant d'une manière oblique du côté du fil, soit un angle arrondi ou rectangulaire reproduisant la forme du dos de la lame et un angle aigu témoignant d'une arme à un seul côté tranchant.

On peut avoir des formes atypiques comme triangulaire lorsqu'il y a un mouvement de torsion de la lame lors du retrait du couteau, ou en « v » avec deux plaies identiques formant un angle ouvert comme dans le cas de ciseau. (70)



Figure 23 : Multiples plaies en boutonnières entourant une grande plaie de forme atypique faites par la même arme. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Dans les plaies transfixiantes, l'entrée et la sortie auront les mêmes caractéristiques, et en cas de mouvement de balayage du coup porté, la plaie provoquée serait comme celle produite par un instrument tranchant.

Les berges de la plaie peuvent être crénelées (en dents de scies) témoignant d'une lame dentelée.

Si l'arme possède une garde, elle peut laisser une trace ecchymotique du côté du dos de la lame si cette dernière est enfoncée complètement.(12)

La largeur des plaies peut être égale à celle de la lame si le coup est perpendiculaire, plus grande lorsque la pénétration de la lame est oblique appuyée sur le tranchant, ou plus petite si le tranchant est mousse ou le coup est incomplet et du fait de l'élasticité de la peau aussi.

La profondeur du trajet est variable et dépend de plusieurs facteurs comme la forme de la pointe, la qualité du tranchant, la nature du coup (poussé ou frappé), le siège touché, l'interposition de vêtements..., elle peut être supérieure à la longueur de la lame du fait de la dépression des parties molles.(70)

3.4.4. Les blessures par instruments tranchants et contondants

Les instruments tranchants et contondants sont souvent de grand calibre et agissent donc par une action tranchante proprement dite et une action contondante par le poids de l'arme.

Ils provoquent des plaies contuses profondes à bords parfois tranchés ou irréguliers et à fond déchiqueté associé à des lésions osseuses ou autres, avec souvent des contusions péri lésionnels.(12)

4. Expertise médico-légale des blessures par armes blanches

4.1.Généralités

La médecine légale est une discipline polyvalente qui prend en charge la violence dans toutes ses formes et modalités ; dans ses actions, le médecin légiste, auxiliaire de la justice, va constater, interpréter, réparer et prévenir les conséquences de ces violences et donc il va créer un pont de liaison entre la médecine et la justice, tous agissant pour le bien être des victimes.(19)

Les violences par armes blanches mortelles ou non mortelles provoquent des blessures qui nécessitent l'intervention d'un médecin légiste afin d'apporter des éclaircissements et des réponses à certaines interrogations d'ordre étiologique comme la cause, le mécanisme de production et les conséquences qui en découlent...

En effet, sa contribution va faciliter le travail des magistrats en permettant ainsi sur le plan pénal, une qualification juridique des blessures qui peut être selon la législation Algérienne :

- Des contraventions : ou violences minimales qui relèvent du tribunal contraventionnel avec comme peines une amende de 2000 à 20000 D.A et un emprisonnement de 01 jour à 02 mois.
- Des délits : ou violences légères qui relèvent du tribunal Correctionnel avec comme peines une l'amende de plus de 20000 D.A, et/ou l'emprisonnement de plus de 2 mois à 05 ans.
- Des crimes : ou violences graves qui sont jugés par les Cours avec des peines lourdes de réclusion criminelle.(16)

Ces qualifications et peines sont ajustables en fonctions de la nature de la violence et l'existence de circonstances aggravantes comme :

- La vulnérabilité physique ou mentale de la victime : Mineur de seize ans, personne ne pouvant pas se défendre du fait d'une altération physique ou psychique due à l'âge, une maladie, une infirmité, ou d'un état de grossesse.
- Les circonstances et conséquences de l'agression : mutilation, privation de l'usage 'un membre, cécité, infirmité permanente, préméditation ou guet-apens et le port d'arme.
- Le statut particulier de la victime : faisant partie des dépositaires de l'autorité publique (magistrat, juge, officier public, greffier, policier...), partie civile.
- Les liens de la victime avec l'agresseur : de sang (parents ou ascendants légitimes), d'alliance (époux), de travail (employeur sur employé)
- La multiplicité des auteurs contre une seule victime.

Les différentes infractions concernant l'atteinte à l'intégrité physique sont comme suit (16) :

- Les coups et blessures involontaires : article 289 du code pénal Algérien et l'homicide involontaire article 288 du CPA.
- Les coups et blessures volontaires simples : article 442 et 268 du CPA.
- Les coups et blessures volontaires graves avec une ITT (pénale) dépassant 15 jours, ceux accompagnés de mutilation ou d'infirmités permanentes ou ayant entraîné la mort sans intention de la donner : article 264 du CPA et les suivants jusqu'au 272 qui parlent des cas des mineurs et incapables majeurs et les ascendants légitimes.
- La castration : article 274 du CPA.
- Le meurtre : article 254 du CPA.
- L'assassinat : article 255 du CPA.
- Le parricide : article 258 du CPA.
- La torture : article 262, 263 du CPA.
- La mutilation, amputation : article 263-3 CPA.
- Le port d'armes est considéré comme une circonstance aggravante : article 266 du CPA.

Sur le plan civil, et par le biais d'expertise médico-judiciaire, il va apprécier la réalité et l'importance d'un dommage corporel et permettre ainsi son indemnisation.

Quelles soient mortelles ou pas, les blessures par armes blanches doivent être expertisées selon les étapes suivantes :

4.2. Les blessures non mortelles

La prise en charge des victimes de blessures par arme blanche doit être, en première intention médicale, le malade doit passer par une structure de soins quel que soit sa nature (unité de soins de base, pavillon des urgences, clinique ou cabinet privée...) afin de bénéficier des soins nécessaires et adaptés selon son cas et la gravité de ses lésions, qui peuvent aller du simple nettoyage et pansement des lésions jusqu'à l'hospitalisation et les soins chirurgicaux, en passant par les sutures et traitement médicamenteux associé.

A la fin de cette prise en charge, le malade va bénéficier d'un premier certificat médical de constatation des blessures appelé le CDI « certificat descriptif initial » délivré par tout médecin prenant connaissance du cas au début, faisant mention le type de l'agression subie et le moyen utilisé et le bilan lésionnel objectivé à l'examen clinique initialement effectué.

Ce document délivré constatant les blessures et ne faisant pas mention de la durée de l'incapacité totale de travail « ITT » au sens pénal, peut être utilisé préliminairement dans le dépôt de plainte et l'ouverture d'une instruction en attendant la contribution spécifique du médecin légiste comme prévu par l'article 199 de la nouvelle loi sanitaire du 29/07/2018 qui stipule que les taux d'incapacité et autres préjudices ne peuvent être déterminés que par un médecin spécialiste en médecine légale. (71)

En seconde intention, vient le rôle du médecin légiste dans la démarche de la prise en charge médico-légale de la victime et qui va être comme suite :

4.2.1. L'examen médico-légal initial

C'est la rencontre du médecin légiste, auxiliaire et mandataire de la justice, avec un plaignant se déclarant victime de violences volontaire ayant entraîné un dommage corporel justifiant une infraction pénale que le médecin va apprécier et déterminer.(19)

Qu'il soit effectué sur demande officielle par une réquisition judiciaire, ou par simple demande personnel de l'intéressé, cet examen, réalisé dans l'unité d'exploration médico-judiciaire, va avoir comme finalité la délivrance du certificat médical initial « CMI » descriptive et interprétative de coups et blessures qui a un double intérêt, médical et judiciaire :

Médical : permettant au légiste :

- D'avoir une idée sur la prise en charge médicale préliminaire et son bon déroulement, parfois même contribuer au redressement d'un diagnostic.
- De dresser la liste des doléances et dires du plaignant sur les circonstances de production de la violence, date et moment de survenue, nature de l'arme utilisée afin de pouvoir faire une comparaison avec les lésions retrouvées et tirer les bonnes interprétations.
- D'identifier des signes de troubles psychiques aigus et d'éventuels facteurs de risques.
- De dresser le bilan lésionnel objectivé lors de l'examen clinique et faciliter ainsi la procédure de réparation des préjudices éventuellement subis.

Judiciaire : permettant :

- La détermination de l'incapacité résultante qui contribue à la qualification de l'infraction et la désignation de la juridiction compétente.
- D'attirer l'attention des magistrats sur l'éventuel demande d'expertise médico-judiciaire ultérieure dans le cas de violence grave avec possibilité de séquelles.

4.2.2. Rédaction du certificat médical initial de coups et blessures

Avant toute délivrance de certificat, et comme le veut les règles éthiques et déontologiques en vigueur ; le légiste doit avoir vue et examiné le patient créant ainsi un acte médical dont la finalité sera la rédaction d'un document médico-légal qui a une grande importance, pour le rédacteur, car il engage sa responsabilité judiciaire sur tous les plans, pénale, civile et ordinaire, et pour le patient, car il permet de prouver l'existence du dommage subi et d'obtenir ce que de droit. (72,73)

Ce certificat médical initial « CMI » va décrire et rapporter les constatations cliniques et paracliniques faisant suites aux violences subies par une victime et doit être ainsi rédigé d'une façon minutieuse et détaillée (74), car il est indispensable pour l'expertise médicale future si nécessaire.(75)

Vue la sensibilité de sa tâche, le médecin légiste doit être prudent et vigilant dans sa mission qui va porter sur les étapes suivantes :

- Identification du plaignant, du médecin, date et heure des faits : ici sont portés les renseignements de l'état civil du patient, les informations concernant l'examineur : sa fonction, son lieu d'exercice, et la date et l'heure de production des faits selon les déclarations du patient, la date de la consultation.
- Circonstances de production des faits, et là c'est des déclarations, une histoire qui va être racontée par le plaignant, on n'était pas présent lors des faits donc la rédaction doit débuter par la mention « déclaration de » ou « se disant victime de » et on précise la nature de la violence, dans notre cas c'est volontaire, avec le type d'arme blanche utilisée et la possibilité de l'usage de d'autres armes associées.
- Doléances et état antérieur vont être recherchés par un interrogatoire minutieux le plus souvent conduit et dirigé par des questions ciblées que posera le médecin afin de noter d'éventuelles pathologies pouvant influencer la cicatrisation des plaies ou jouer le rôle de facteurs d'aggravation des séquelles ultérieures, on cherchera aussi des signes cliniques ou plaintes somatiques pouvant cacher une lésion profonde ou un retentissement psychologique aigu ou susceptible d'apparaître ultérieurement et non encore découvert.(76)
- Examen clinique proprement dit : doit être effectué le plus tôt possible, minutieux et permettre de dresser le bilan lésionnel objectivé sur le patient ; il va préciser le nombre, type et caractéristiques morphologiques spécifiques des plaies, déjà établies auparavant,

leurs sièges et la nature de la prise en charge effectuée et s'il y a eu hospitalisation ça doit apparaître également sur le certificat avec la durée du séjour.

Un examen général du reste du corps doit être effectué avec la recherche de d'autres lésions associées.

Ici, le médecin doit confronter les lésions retrouvées avec l'arme, le mécanisme et la date des faits déclarés afin d'interpréter et de tirer les bonnes conclusions et démasquer d'éventuelles fausses allégations, des simulations ou des lésions d'automutilations.

- Examens complémentaires et éventuels avis spécialisés : peuvent être présentés par le patient ou être demander au cours de la consultation et les résultats doivent figurer sur le certificat médical.

Certains malades nécessitant une prise en charge psychologique initiale, détectés à l'examen clinique, sont directement adressés à la psychologue clinicienne du service, cependant, un suivi ultérieur de ces cas reste insuffisant vue la déperdition des cas.

- Conclusions : va porter sur l'appréciation du retentissement global de la violence sur la capacité corporelle et psychique du malade par la fixation de l'ITT au sens pénal, et la mention de la nécessité d'une éventuelle expertise médico-judiciaire ultérieure pour l'évaluation des dommages corporels de certains cas de blessures, dans un but de procédure civile de réparation. (19)

4.2.3. Evaluation de l'incapacité totale de travail « ITT » (pénale)

La finalité principale de la rédaction d'un certificat médical initial de coups et blessures est l'évaluation d'une incapacité totale de travail personnel qui va permettre au magistrat d'avoir une idée sur la violence d'une agression volontaire ou involontaire et de la qualifier. (77)

Il faut savoir qu'il n'y a pas de définition légale de l'ITT, c'est une notion purement juridique de définition jurisprudentielle qui s'applique à tous sans distinction d'âge ou de profession.(78)

Au sens pénal, Elle reflète donc la période durant laquelle la victime éprouve une gêne réelle et notable physiques ou psychiques en faisant les gestes quotidiens et usuels de la vie courante et non pas tous les gestes donc c'est le retentissement fonctionnel et psychique d'une quelconque violence sur la stabilité et confort global d'une personne et doit donc tenir compte de la violence subie et non de la violence administrée. (78,79)

Au sens médical, la signification d'« ITT » prête souvent à confusion, elle est dite totale parce qu'elle réduit la capacité antérieure totale de la victime n'étant pas nécessairement « totale » et donc elle est réversible et non pas absolue, et elle n'a aucune relation avec le travail

professionnelle qui relève d'une autre entité qu'est l'arrêt de travail et c'est pour cela qu'elle est qualifiée de personnelle.(80)

A ne pas la confondre donc avec d'autres notions comme par exemple en droit civil, on parlait d'incapacité temporaire totale devenue déficit fonctionnel temporaire, et l'ITT retrouvée dans la réglementation de la sécurité sociale qui concerne l'arrêt de travail professionnel.(81)

L'appréciation de l'ITT, notion floue et ambiguë de par son placement entre médecine et justice, est le plus souvent sensible et délicate et doit être d'estimation purement médicale que possible en évitant les sentiments ou de prendre parti émotionnellement, afin qu'elle soit correcte et impartiale le plus possible surtout en l'absence de barème indicatif claire et validé par l'ensemble des praticiens concernés qui oriente les médecins dans leur travail.(79,82)

Le retentissement psychique dans l'évaluation de la durée de l'ITT reste jusqu'à présent mal cernée et non uniformisée d'un pays à l'autre malgré les efforts fournis dans ce sens surtout après l'avènement de la notion de « dommage psychologique » dans le rapport mondial sur la violence de l'OMS.(83)

Dans cette même réflexion, en France en 2010, dans le cadre de la lutte contre les violences faites aux femmes, il y a eu la création du « délit de violences psychologiques » dans leur code pénal (article 222-14-3) (84)

Néanmoins, les modalités d'application restaient toujours ambiguës d'où l'avènement de recommandations de la Haute Autorité de santé « HAS » Française sur la façon de rédiger le CMI et les éléments à prendre en considération dans la fixation de l'ITT dans le but d'essayer d'uniformiser leur production, et sur le retentissement psychologique, elle a préconisé de (85) :

- Faire un avis psychiatrique lors de certaines circonstances :
 - La victime est mineure ;
 - Le risque important de développer des troubles d'ordre psychiques détectés par certaines réactions précoces (attitudes émotionnelles aiguës, réaction de panique, le sentiment d'une mort imminente ...) ou des facteurs de risques (antécédent psychiatrique, un traumatisme antérieur).
- Faire mention des constatations psychiques immédiates retrouvées et les facteurs prédictifs de décompensations psychiques ultérieures dans le CMI.
- Réaliser un examen de réévaluation au moins 4 semaines après le traumatisme.

Dans le cadre d'une procédure judiciaire, la durée de l'ITT est un élément fort dans l'appréciation de la gravité des violences subies en qualifiant les faits en contraventions, délits ou crimes et déterminant la juridiction compétente de jugement et les sanctions encourues par l'auteur.

En matière de coups et blessures volontaires, on retrouve un seuil d'ITT fixé par le code pénal Algérien à 15 jours :

- $ITT \leq 15$ jours, c'est une contravention qui sera traitée par un tribunal de police et passible de 10 jours à 02 mois de prison et/ou une amende de 8000 à 16000 D.A selon l'article 442.1 du CPA.
- $ITT > 15$ jours, c'est un délit qui sera traité par un tribunal correctionnel et passible de 01 à 05 ans de prison et d'une amende de 100.000 D.A à 500.000 D.A selon l'article 264.1 du CPA.

Ces peines sont variables et peuvent être généralement revues à la hausse dans certaines circonstances aggravantes déjà suscitées et dans notre thématique, le port et l'usage d'arme blanche va qualifier l'acte de criminel et relèvera donc d'une cour d'assise.(16)

L'appréciation du retentissement fonctionnel et psychologique des lésions par armes blanches sur la vie quotidienne des victimes dans l'estimation de l'ITT va porter donc sur la nature elle-même de la lésion, son étendu, son mode de prise en charge et l'existence ou non de lésions profondes associées.

Les égratignures, plaies superficielles et les plaies simples sans atteintes profondes, suturées ou pas ne dépasseront pas généralement le seuil du délit, contrairement aux plaies graves, profondes et compliquées associées souvent à des atteintes divers, musculaires, vasculaires, nerveuses, osseuses voir même viscérales... nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé pour une prise en charge adéquate, dépasseront forcément le seuil du délit qui sera apprécié en fonction de la nature et la gravité de ces lésions associées.

Le retentissement psychique et la notion de répétition des violences surtout si c'est le même auteur ou la détection de signes d'attitudes suicidaires récentes ou anciennes témoignant d'une détresse psychologique, il faut envoyer le patient pour un avis et éventuelle prise en charge psychiatrique.

4.2.4. Evaluation et réparation des séquelles

L'usage des armes blanches dans la violence interpersonnel provoque des blessures pouvant être simples d'évolution favorable sans séquelles ultérieures, et parfois elles peuvent être graves associées à des lésions profondes ou nécessitant une prise en charge chirurgicale dont l'évolution va être souvent source de séquelles physiques ou psychiques parfois considérables nécessitant une évaluation et une éventuelle réparation, qui est considérée comme une étape essentielle dans le parcours de récupération d'une victime.

Ainsi, cette procédure va être effectuée dans le cadre d'une expertise médicale réalisée par un médecin expert assermenté inscrit sur une liste établie par le ministère de la justice selon les directives du décret exécutif N° 95-310 du 10 octobre 1995 régissant les modalités d'inscription des experts judiciaires, au pénal, dans les procédures délictuelles ou criminelles, ou dans le civil à but d'évaluation des préjudices d'une agression. (10,11, 62)

L'expertise en dommage corporel est située donc au carrefour de la médecine et du droit et obéit à des règles strictes, médicales et juridiques dont la mission de l'expert est d'évaluer et de décrire médicalement les préjudices subis par la victime et de laisser ensuite au juge le tour d'interpréter et de transformer cette description médicale en une indemnisation monétaire. (87)

Dans cette perspective, il faut d'abord lever l'ambiguïté et la confusion entre les notions qui fondent le principe de l'indemnisation et la réparation à savoir le « dommage » et le « préjudice » qui sont considérés comme synonymes, alors que ce n'est pas le cas (88) :

Le « dommage » relève du fait ou du traumatisme qui demeure objectivement constatable, une atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne, au-delà du droit notamment pour le dommage dirigé contre soi-même qui peut être objectivé mais n'entraîne pas de préjudice par contre l'inverse est juste tout préjudice a forcément un dommage à sa source.

Le « préjudice » quant à lui relève du droit et exprime l'atteinte subjective à un droit patrimonial ou extrapatrimonial faisant ainsi l'évolution du fait (le dommage) au droit (la réparation). (89,90)

Ces deux principes sont donc évalués suivant des barèmes différents :

- Pour le « dommage corporel » : c'est un « barème médical » d'évaluation des séquelles, et là, c'était Pr. L.Derobert qui avait délivré les premiers taux barémiques qui étaient révisés à mainte reprise, et actuellement il existe deux barèmes référentiels pour les experts, l'un c'est le « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit

commun » (la 6^{ème} édition de 2005) (91) et l'autre, c'est le «barème d'évaluation médico-légale » proposé par la Société de médecine légale et de criminologie de France (la 3^{ème} édition de 2000).(89,92)

- Pour le « préjudice » c'est un « barème indemnitaire » de chiffrage des préjudices qui traduit en valeur monétaire les pourcentages des taux d'incapacités permettant ainsi la réparation pécuniaire de la victime. (90,93)

Dans le déroulement de l'expertise, on nécessitera d'abord la mise en réalité du dommage corporel subi, ensuite l'estimation des préjudices de ce dernier et son évaluation selon le droit commun.

La première étape va se baser sur la mise en évidence d'un fait ou dommage causé par une arme blanche, d'un traumatisme réel et d'un lien de causalité entre eux, recherché par l'appréciation des sept critères classiques d'imputabilité qui vont nous permettre de trancher quant à l'imputabilité totale, partielle ou inexistante et c'est à la victime qu'incombe d'apporter les preuves.(94)

Habituellement, pour établir un lien de causalité on exigeait qu'il soit direct et certain, afin de pouvoir engager la procédure indemnitaire d'un individu. Néanmoins, l'évolution de la jurisprudence a permis de retenir que la causalité peut ne pas être ni directe, ni certaine selon les cas rendant ainsi son appréciation médico-légale en premier lieu et juridique en finalité.(95,96)

La seconde étape va concerner l'estimation du dommage corporel ou autrement dit l'identification des différents préjudices engendrés par les violences par armes blanches et là on déplore le manque d'études spécifiques sur le sujet, cependant on pourra dire que le rôle de l'expert va porter, comme toutes missions en droit commun, sur l'appréciation des différents préjudices indemnisables, patrimoniaux et extrapatrimoniaux, aussi bien matériels que corporels ou moraux selon la réglementation Algérienne en vigueur.(97)

Devant les limites constatés du régime de la responsabilité civile, malgré les nombreuses améliorations apportées au fil des années, un droit d'indemnisation a été mise en place par le législateur algérien, spécifique pour certains domaines comme les accidents de travail par la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 (91,98), et les accidents de circulations par l'ordonnance N°74-15 du 30 janvier 1974 (99), modifiée et complétée par la Loi N°88-31 du 20 juillet 1988 (100) qui servent de référence en matières d'indemnisation des victimes de dommages corporels.(101)

Sur cette réflexion, les différents préjudices indemnisables peuvent être :

- La durée de l'incapacité Temporaire de Travail « ITT » : qui correspond à la durée nécessaire aux blessures de guérir ou de consolider comprenant ainsi la durée du traitement et la convalescence des blessures. (102)

On doit prévoir ici la différenciation entre la consolidation juridique et la consolidation clinique, la première reflète le moment où les infirmités sont complètes et définitives et la seconde, beaucoup plus difficile à apprécier, reflète le moment où l'inefficacité des moyens thérapeutiques est reconnue.(25)

- La date de consolidation : son appréciation permet de déterminer les autres chefs de préjudice, elle correspond au moment où la victime n'a plus besoin de traitement pouvant modifier sans état de santé et donc elle est différente de la guérison qui est la consolidation sans séquelles, et de l'arrêt du traitement car on peut garder un traitement pour juste maintenir l'état de la victime non pas l'améliorer. (12,103)
- Les souffrances endurées « SE » : connues au paravent sous le nom «Pretium Doloris», concernent toutes les souffrances physiques et psychiques éprouvées par la victime s'étalant du jour de l'agression jusqu'à la consolidation des lésions, évaluées en France et en Europe selon une échelle numérique de 1 à 7 appelée « Grille indicative d'évaluation »(104,105) et en Algérie elles sont qualifiées seulement de moyennes ou importantes.(99)
- Le préjudice Esthétique « PE » : désigne toutes les atteintes physiques et altération de l'apparence de la victime consécutives aux blessures et plaies par armes blanches, évalué après consolidation sur une échelle de 1 à 7, motivée par une bonne description et une éventuelle prise de photographies permettant au juge, une évaluation personnalisée tenant en compte de l'âge et le sexe de la victime.

En matière de réglementation Algérienne, on déplore l'absence d'échelle d'appréciation objective de ce préjudice et son estimation reste subjective selon la présence de disgrâces statiques (cicatrices) ou dynamiques (boiterie) et il s'agissait d'indemniser la victime en cas de traitement chirurgical pour réparer ce préjudice alors qu'il a des retentissements psychologiques et socio-professionnels importants.

Dans ce préjudice, et selon la thématique de notre travail, on est confronté à évaluer des cicatrices, des moignons d'amputation, des pertes de substances, des troubles trophiques, une paralysie faciale faisant suite à une plaie du visage...

Les cicatrices des plaies : dont la genèse fait appel à plusieurs phases et éléments de la réparation tissulaire après une lésion cutanée, et dépende de plusieurs facteurs liés à la victime elle-même, à la nature des premiers soins prodigués et le niveau de formation du soignant(106) donne lieu à des cicatrices dites de première intention (dans le cas de plaies sans perte de substance) ou de seconde intention (dans les plaies avec perte de substance).

Lorsqu'il survient une anomalie dans l'une des phases de la cicatrisation ça donne lieu à des cicatrices dites pathologiques, sources de préjudice (107,108) et son à type de :

- *Cicatrices avec anomalies évolutives banales :*
 - *Cicatrice déhiscente : souvent blanchâtre et plus ou moins large.
 - *Cicatrice adhérente et déprimé : se fixe aux éléments profonds (muscles, tendons) et gênant ainsi leur fonction.
 - *Cicatrice douloureuse : touchant un filet nerveux sectionné.
 - *Cicatrice « tatouée » : s'il y a une pénétration de corps étrangers.
- *Cicatrice hypotrophique ou rétractile :* Elle résulte de la rétraction excessive des myofibroblastes lors de la phase de remodelage donnant un aspect rétracté avec tiraillement des tissus voisins sains.

Figure 24 : Cicatrice rétractile d'une blessure par arme piquante traitée chirurgicalement.
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)



- *Cicatrices hypertrophiques :* D'apparition précoce (1 mois), donnent un aspect d'augmentation du volume de la plaie mais qui reste de limites respectées avec présence parfois de nodules fibreux saillants, d'un prurit et d'une inflammation locale. La cicatrisation définitive peut aller jusqu'à 2 ans, restant toujours inesthétique.

Figure 25 : Cicatrices hypertrophiques de plaie post traumatique et d'une plaie thérapeutique.
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)



- Cicatrices Chéloïdes : elle est hypertrophique d'apparition retardée (3 à 6 mois), envahissant même la peau saine avoisinante, d'évolution tardive par aggravation jusqu'à 9 à 10 mois suivie d'une stabilisation formant une saillie rose ou rouge vif, multilobées, souvent douloureuse et prurigineuse, lisse faisant penser à un aspect tumoral.
- L'Incapacité Partielle Permanente « IPP » :

C'est une réduction définitive de la capacité physique, psycho-sensoriel ou intellectuelle, médicalement constatable d'une victime suite à un dommage causé et cela en comparaison avec ce qu'elle était avant, entraînant des troubles permanents dans les conditions d'existence et une perte de la qualité de vie courante.

Elle représente le principal motif demandé dans les expertises de dommage corporel et son estimation doit se faire après consolidation des lésions afin de laisser aux séquelles le temps d'apparaître réellement et devenir permanentes et donc non soulagées par les thérapeutiques réputées efficaces.

Son appréciation renvoie aux différents barèmes destinés à chiffrer l'importance des différentes incapacités (de la sécurité sociale, le concours médical, le PADOVANI, de l'accidents du travail et maladies professionnelles) (91,109,110) et nécessite que l'expert soit qualifié en pathologie séquellaire.

Dans les blessures par armes blanches et du fait de la fréquence des lésions graves avec atteinte interne : musculaire, tendineuse, nerveuse, vasculaire, osseuse, viscérale voir même des amputations de membres, l'appréciation de l'IPP va porter sur l'évaluation des séquelles fonctionnelles selon le siège atteint initialement par la violence tout en prenant en considération aussi l'état général, l'âge et les aptitudes et qualifications professionnelles (article 1 du décret 80-36 de février 1980).(111)
- La souffrance psychique fait partie des troubles post-traumatiques et donc doit faire l'objet d'une évaluation au fur et à mesure avec les autres postes de préjudice, chacun en rapport avec ce dommage.(112)
- Le préjudice moral : peut être réparé en cas de décès de la victime, attribué au profit de chacun des père et mère, conjoint (s) et enfants de la victime.
- Les préjudices économiques : concernent les frais de la prise en charge médico-chirurgicale nécessaire pour la victime, la nécessité d'une assistance d'une tierce personne lorsque l'I.P.P est supérieur à 80%, en cas de décès aussi.

4.2.5. Diagnostic différentiel

Le diagnostic positif d'une plaie par arme blanche post traumatique survenant dans un contexte de violence doit être prudent et posé après avoir éliminé certaines situations particulières qui prêtent à confusion comme :

4.2.5.1. Les simulations

Le principe de la simulation est qu'une personne d'une manière consciente et raisonnée, provoque, imite ou exagère des troubles morbides subjectifs ou objectifs dans la finalité d'obtenir un bénéfice.(70)

Les personnes qui ont recours à ce procédé sont appelés « les simulateurs » et sont classés en deux groupes : ceux dits occasionnels et généralement c'est des exagérateurs souvent induit en erreur ou mal conseillés, et ceux dits professionnels qui savent ce qu'ils veulent et sont habitués à ce genre de chose et prennent du plaisir à le faire ; et là l'étude du profil psychique est d'un grand intérêt pour détecter d'éventuels détresses psychiques ou des prédispositions pouvant amener des conséquences graves.

Il faut savoir que ce phénomène concerne les deux sexes et touche toutes les tranches d'âge et les classes sociales, et qu'il existe plusieurs formes de simulations tenant en compte des moyens utilisés, des affections entraînées et le but souhaité. Dans notre étude sur l'usage des armes blanches comme moyen de violence, on pourra chercher :

- Les simulations par lésions auto-infligées : « Automutilation »

L'automutilation « ATM » est un problème de santé publique important dans le monde (113), phénomène flou et ambigu touchant surtout les enfants, adolescents et les jeunes adultes(114), souvent observé en consultation et que tout médecin doit pouvoir identifier lors de son examen clinique.

C'est une atteinte intentionnelle à l'intégrité du corps d'un individu volontairement infligées sur sa personne dont les motivations sont variées pouvant être de la simulation dans le but d'obtenir un bénéfice judiciaire ou matériel ou cachant une affection psycho-psychiatrique ou une dépendance toxicologique sous-jacente. (115)

Sous le chapeau de l'automutilation globale ou dite délibérée on retrouve ce qu'on appelle les comportements d'automutilation qui sont (116,117) :

- L'automutilation non suicidaire « AMNS » : qui désigne une destruction ou une altération des tissus corporels commise délibérément sans intention de se donner la mort, forme la plus fréquemment vue en consultation.
- Les tentatives de suicide « TS » : qui désignent des comportements automutilant provoqués délibérément avec une intention de mourir.

Dans notre pratique, l'utilisation des armes blanches comme moyen dans les AMNS est assez fréquente et cela pour simuler des violences hétéro-infligées par un agresseur présumé dans le but de le nuire, et là les lésions induites peuvent être :

- De diagnostic aisé et fortement évocatrices par leurs sièges accessibles, leurs mécanismes de production, leurs aspects d'égratignures ou plaies superficielles, groupées, parallèles, ou entrecroisées par endroits avec des traces d'hésitation...



Figures 26 : Lésions d'automutilations typiques. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- De diagnostic, au contraire, difficile par leurs aspects et sièges atypiques qui prêtent à confusion.



Figures 27 : Lésions d'automutilations atypiques de siège postérieur.
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Contrairement aux AMNS, les lésions des TS sont plus profondes et siègent dans des endroits potentiellement dangereux comme la face antérieure des poignets et le cou. L'assistance psychologique pour ce genre de patient est nécessaire afin de prévenir un éventuel passage à l'acte suicidaire.



Figure 28 : Lésions d'automutilations typiques des TS.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Donc, le diagnostic doit être prudent et la description et l'interprétation des lésions minutieuse mentionnant la possibilité du caractère auto infligé dont l'imputabilité reste sous la dépendance de l'appréciation du médecin.

- Les simulations par exagération

Ici le patient est vraiment victime d'une violence volontaire par une tierce personne mais dont les lésions infligées sont minimales et donc de peur d'une sous-estimation de la part du médecin et pour obtenir le maximum d'indemnisation, il tend à amplifier son état en rajoutant d'autres lésions d'une manière auto-infligée pour aggraver son état initial.



Figure 29 : Simulation d'automutilations pour exagérer une lésion hétéro-infligée.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

4.2.5.2. Les blessures thérapeutiques

Elles représentent tous les plaies faisant suite à une prise en charge thérapeutique du patient, qu'il soit vu de son vivant dans le cadre d'une consultation médico-légale ou pouvant faire l'objet d'une autopsie médico-judiciaire s'il décède, donc dans les deux situations le médecin examinateur doit faire attention.

Dans le cadre de ces blessures, la consultation des protocoles de prise en charge est souhaitable pour éviter au médecin une interprétation fautive quant à leur origine, et on pourra citer comme exemples :

- Les plaies d'élargissement d'une plaie initiale dans les interventions chirurgicales au niveau des membres pour exploration des tendons, nerfs et vaisseaux ;
- Les plaies de laparotomie ou thoracotomie ;
- Les plaies suturées ou pas de drainage thoracique ou abdominal ;



Figures 30 : Différentes situations de plaies thérapeutiques.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

4.3. Les blessures mortelles par armes blanches

L'usage des armes blanches peut être, dans certaines situations, fatale donnant lieu à une mort violente qui nécessitera une exploration particulière, minutieuse et approfondie médico-judiciaire, faisant participer plusieurs intervenants, tous agissant pour apporter des éclaircissements quant à la nature et circonstances de production du décès pour le classer en mort criminelle « homicide », « suicidaire » ou parfois « accidentelle ».

Ces investigations vont passer par plusieurs étapes qui se suivent et se complètent et dont chacune va apporter des éléments d'informations nécessaires pour essayer de répondre aux interrogations du parquet.

4.3.1. Levée de corps

En cas de mort violente ou suspecte, une action judiciaire va être déclenchée pour procéder à une levée de corps et un examen de la scène de découverte du cadavre qui va s'effectuer par la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire réalisant des actes criminalistiques, scientifiques et techniques travaillant en relation étroite avec la médecine légale.

Composée du procureur de la république, les officiers de police judiciaire « OPJ », la police scientifique, la protection civile et bien sur un médecin comme le veut la réglementation en vigueur qui prévoit dans l'article 62 du code de procédure pénale Algérien (118) la possibilité au procureur de demander l'aide d'un médecin, par le biais d'une réquisition judiciaire, pour apporter certaines éléments d'information préliminaires sur les lieux.

Il faut savoir que tout médecin peut être requis pour faire cette tâche, mais devant la particularité d'une mort par arme blanche, et vue la nécessité de connaissances spécifiques et plus approfondies sur la question, la présence d'un médecin légiste est plus appropriée.

Les principes à connaître en matière de gestion d'une scène de crime sont (119) :

- La rationalisation des moyens ;
- La responsabilisation des équipes intervenantes sur place ;
- Le contrôle et la gestion du traitement judiciaire, En fin la rigueur.

Le rôle du médecin légiste dans les différentes étapes de la levée de corps va porter sur :

- Les investigations sur la scène du crime et fixation des lieux et des choses :

Les premiers intervenants sur les lieux sont les « O.P.J », assistés par les techniciens de la police scientifique qui vont procéder au péri métrage et la fixation de l'état des lieux par la prise de photos et la confection d'un plan détaillé. Ils vont ensuite rechercher et numéroté tous les indices taches ou traces suspectes sur les lieux ou sur le cadavre avant d'en faire les prélèvements et les mettre sous scellé.(120)

L'arrivée du médecin légiste sur place, vêtu en bonne uniforme, va être d'un grand intérêt, d'abord, il va porter un œil observateur sur les lieux, notant tous ce qui peut paraître suspect en vérifiant aussi tous les indices retrouvés précédemment avant leurs saisis. Ensuite, il va s'attarder sur l'observation des taches de sang sur le sol ou les éclaboussures sur les murs et les objets pour noter leurs formes, leurs directions, leurs anciennetés et déduire par conséquent le nombre de scènes et la chronologie des faits. (121)



Figures 31 : Images de scènes de crimes.
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Rechercher aussi des traces de semelles ou d'empreintes de doigts favorisées par le sang sur le sol ou autres objets pouvant être utilisés comme arme du crime.



Figures 32 : Traces de semelles faites avec le sang, et une arme maculée retrouvée sur place.
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

La présence de d'autres taches biologiques retiendra aussi l'attention du médecin légiste comme les taches de sperme, d'urine, de vomissements, de matières fécales, taches obstétricales... sur tous ce qui peut trainer à côté du corps et donc va attirer l'attention des techniciens de la scène de crime de faire les prélèvements nécessaires après la prise de photos.

- Les investigations sur le cadavre (122):

Le médecin commencera par noter par une bonne description et fixer par une prise de photos, la position dans laquelle le corps a été retrouvé tout en s'assurant qu'il n'a pas été manipulé avant sans arrivé.

L'examen des vêtements est d'un grand intérêt et doit être fait avec prudence en les écartant doucement ou en les enlevant si nécessaire tout en veillant à ne pas les déchirer ou les couper parce qu'ils sont des pièces à convictions.

Il doit être détaillé car il permet de fournir, autres des indices relatifs à l'identification du cadavre si il ne l'est pas en relevant le maximum de détails sur eux (types, tailles, marques, couleurs...), des éléments d'ordre judiciaire qui peuvent orienter vers les circonstances de production de la mort par :

- La présence de traces de lutte en cas de déchirures ou de désordres.
- La présence de traces ou taches biologiques par leurs souillures,
- La présence de perforations témoignant de l'agent vulnérant dont il faut noter leurs détails (emplacements, formes, dimension, direction) et essayer de voir leurs correspondance avec d'éventuels perforations des différentes épaisseurs sous-jacentes des vêtements et d'éventuelles plaies sur le corps lui-même.



Figures 33 : Examen des vêtements sur la scène de crime : maculés de sang et siège de perforations. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Le médecin poursuivra son travail par la réalisation d'un examen externe préliminaire du cadavre sur place et il devra rechercher :

- Des éléments d'identification du corps comme la race, le sexe, la taille, la corpulence, l'âge approximatif...ect
- Les phénomènes cadavériques habituels : rigidité, lividité, tache verte, refroidissement, déshydratation, qui vont aider pour la datation de la mort et la possibilité de manipulation du corps.
- Des traces de violence sur le corps à type de plaies pénétrantes, saignantes, dont il faut noter leurs nombres, sièges, natures, mensurations ... et la présence de d'autres types de lésions associées.
- Des taches ou traces suspectes sur le corps ou sous les ongles de la victime pouvant appartenir à l'agresseur présumé et devront faire l'objet de prélèvements.

A la fin de la manipulation du corps, des prélèvements préliminaires peuvent être fait sur le cadavre par le médecin et un relevé des empreintes digitales sera fait par les techniciens de la police scientifique avant de procéder au ramassage du corps et son envoi vers la morgue.

Un constat de décès sera dressé par le médecin faisant mention d'une mort violente (123) qui signifie la présence d'un obstacle médico-légale à l'inhumation et donc le procureur de la république va ordonner la pratique d'une autopsie médico-judiciaire pour approfondir les investigations et déterminer plus de détails sur la cause et circonstances du décès. (124)

4.3.2. Autopsie médico-judiciaire

C'est une expertise pointilleuse réalisée par un médecin légiste désigné officiellement par une juridiction compétente, dans une sale d'autopsie appartenant à une structures hospitalières étatique conformément à l'article 201 de la loi de santé en vigueur (71).

Actuellement, on parle d'autopsie virtuelle «virtopsie» : imagerie tridimensionnelle qui fonctionne grâce au scanner et à l'imagerie par résonnance magnétique, est considérée comme une révolution médico-légale qui a de nombreux avantages et une vraie valeur ajouté pour la pratique du légiste(125), néanmoins, elle ne remplacera nullement l'autopsie classique, mais pour le moment, elle joue un rôle complémentaire, comme pour toute investigation clinique, et la facilite grandement dans beaucoup de situations. (126)

Les opérations thanatologiques faites sur le corps du défunt, qui est considéré comme une pièce à conviction jusqu'à la fin de l'autopsie, (67) vont suivre les étapes systématiques et habituelles d'une autopsie médico-judiciaire mais qui vont être adapter en fonction de la particularité de la mort par l'usage d'armes blanches et qui va donc soulever plusieurs interrogations médico-légales que le légiste doit essayer d'éclaircir au fur et à mesure de son examen et d'apporter les réponses nécessaires. Ces étapes vont porter sur :

4.3.2.1.L'examen externe du cadavre

Avant l'ouverture du corps, il doit d'abord être photographié vêtu puis dévêtu en insistant sur les lésions de violences, puis un temps de radiographie est préconisé permettant d'identifier un éventuel corps étranger à l'intérieur du corps ou des fractures associées.

Les vêtements vont être réexaminés minutieusement une deuxième fois puis enlevés.

Si le corps est non identifié, un temps d'identification sera réalisé notant les caractères morphologiques généraux et spécifiques du corps, son relevé dentaire, d'éventuels prélèvements génétiques périphériques (poils, ongles, cheveux)...etc.

L'étude des phénomènes cadavériques va retrouver généralement des lividités pâles dues au saignement externe massif avec détection d'une éventuelle manipulation du corps et une idée sur l'heure présumée du décès à confronter avec les analyses biochimiques du potassium dans l'humeur vitrée qui donne une approximation de l'heure du décès aussi.(127)

Les orifices naturels et régions dites médico-légales sont soigneusement examinés aussi à la recherche de lésions de violences cachées.

Les lésions de violences peuvent être de différentes natures mais généralement c'est des plaies objectivées sur le cadavre, dont l'étude doit être très minutieuse et prudente, effectuées si nécessaire sous une loupe, et portera sur : le nombre des plaies, leurs types et natures, leurs sièges selon des repères anatomiques, leurs directions et mensurations, profondeurs, saignantes ou pales, traitées ou non...

Dans cette étape, le médecin doit répondre aux aspects suivants :

- Quelles est la nature et les caractéristiques de l'arme blanche en cause ?

La réponse à cette question va porter sur l'identification du type des blessures sur le corps (égratignures, plaies superficielles, plaies simples ou contuse...) puis sur l'étude de l'aspect morphologique des plaies qui va nous donner le maximum d'information quant à la nature de l'agent vulnérant en cause selon les caractéristiques de chacun.

Dans le cas où l'arme du crime a été retrouvée lors de la levée de corps, la vérification de sa relation avec les blessures infligées sera plus facile, mais son absence va rendre le travail du médecin plus difficile et laborieux portant sur l'étude de l'aspect extérieur des plaies, déjà exposé précédemment, évocateur du type d'arme blanche incriminée, et nous rappelons que :

- La plaie en fente, petite et étroite à bords nets, parcheminée et qui ne laisse pas prévoir une pénétration profonde est la panache d'un instrument piquant sans arrêtes, et si elle est étoilée elle dessinera la forme d'un instrument piquant à arêtes tranchantes.
- La plaie en estafilade, plus longue que profonde, avec une section nette à bords rectilignes et une terminaison en queue de rat, est la résultante d'une arme tranchante.
- La plaie en boutonnière ou en goutte, béante, à bords nets et réguliers, plus profonde que longue et dont les angles dépendent du tranchant de la lame : deux angles aigus de la lame double tranchante ou un angle aigu et l'autre arrondi de la lame avec dos mousse, produite par une arme blanche piquante et tranchante.
- La plaie contuse, étoilée à font anfractueux, profonde, souvent associée à des lésions profondes agissant par action tranchante et contondante à la fois des armes tranchantes et contondantes.

Cependant, il est a noté qu'il existe plusieurs variantes qui dépendent de plusieurs facteurs, les unes en rapport avec la nature de l'arme elle-même, et les autres sont dits facteurs humains (direction du coup, sa force, l'angle de pénétration, le nombre d'armes utilisées...).

- Les plaies sont-elles d'origine vitale ou post mortem ?

La détermination de l'origine vitale d'une plaie est d'abord macroscopique en cherchant les trois éléments qui orientent que la personne était vivante lors de la violence et qui sont :

- L'hémorragie et infiltration des tissus avoisinant la plaie et souillure du corps en regard.
- La coagulation du sang dans les berges des plaies donnant un aspect de feutrage qui ne disparaît pas au lavage.

- L'écartement des berges de la plaie du fait de la rétractilité vitale, élément inconstant car la rigidité cadavérique écarte les berges d'une plaie post mortem aussi.

La confirmation lors du moindre doute, est histologique ou histochimique permettant de trancher surtout dans certaines situations de plaies multiples ou les dernières sont toujours exsangues prêtant à confusion avec des plaies post mortem et aussi pour les plaies produites en concomitance avec la mort.

- Quelle est la chronologie de survenue des plaies ?

Généralement il est difficile de déterminer la chronologie des lésions avec exactitude dans le cas des plaies multiples, et là on se base initialement sur l'aspect macroscopique des phénomènes vitaux comme l'infiltration du sang dans les berges des plaies et la coagulation donc les premières plaies seront plus foncées par le sang coagulé et plus en avance dans la chronologie, plus les plaies seront plus pales et exsangues.

En cas de doute, une étude histologique des berges de la plaie va éclaircir la chronologie qui restera toujours d'évaluation approximative.

La manipulation du cadavre entrainera un saignement post-mortem de quelques plaies qui faussera l'interprétation du médecin.

4.3.2.2.L'autopsie proprement dite

C'est le temps de l'ouverture du corps, de l'éviscération des organes puis leurs dissections, la réalisation des prélèvements et la restitution du corps. Elle est une étape essentielle participant à la recherche des preuves d'une infraction.(128)

En cas de blessures par armes blanches, l'autopsie doit être très minutieuse et l'expert très prudent dans ses gestes, il ne doit pas sonder les plaies pour voir la profondeur et la trajectoire du coup car il risque de fausser le vrai trajet et de causer d'autres lésions internes non traumatiques.

L'investigation en explorant les plaies plan par plan jusqu'en profondeur, va permettre de répondre aux interrogations suivantes :

- Quel est la profondeur et la trajectoire des plaies ?

L'appréciation de la profondeur dépend de plusieurs facteurs à savoir l'élasticité de la paroi atteinte, la présence d'un plan osseux sous-jacent, la force de pénétration et l'état de la lame si elle est bien aiguisée ou pas.

On admet que la profondeur d'une plaie ne reflète pas toujours la longueur de la lame de l'arme, et donc une pénétration abdominale peut donner une profondeur plus grande que la lame par dépression de la paroi et au contraire, au niveau thoracique, les côtes vont bloquer l'arme et donner ainsi une profondeur égale à la lame, et la pénétration incomplète donnera une profondeur petite.(67)

La profondeur n'est pas donc forcément synonyme d'un coup violent, et c'est la présence de lésions osseuses internes qui le témoigne du fait de la nécessité d'une certaine force pour pénétrer un os par une arme et l'empreinte laissée a fait l'objet de plusieurs études mettant en avant l'intérêt du macroscopie à épifluorescence dans la possibilité de diagnostiquer le type d'arme blanche incriminée dans des lésions osseuses traumatiques. (68)

La trajectoire quant à elle, peut être suivie plan par plan, en cherchant les infiltrations sanguines et les atteintes des éléments profonds.

Son appréciation n'est pas toujours évidente surtout dans les pénétrations multiples ou il faut apprécier le sens de pénétration de la lame par l'aspect des plaies à l'examen externe, mais aussi la possibilité d'avoir un trajet dévié du fait du changement de position du corps et la mobilité des organes au moment de la pénétration.

- Quelle est la direction du coup porté ?

Elle est appréciée en se basant sur l'aspect des lésions à l'examen externe comme par exemple la queue de rat des plaies par armes tranchantes mais aussi de la dissection plan par plan à l'autopsie pour déterminer le trajet à l'intérieur du corps, sinon ce n'est pas si évident sa dépend des mouvements possibles de la victime, du positionnement de l'agresseur et de l'angle de pénétration.

La direction du coup et la trajectoire seront appréciés selon les trois plans de l'espace : transversale, verticale et oblique.

- Quelle est la position de l'agresseur ?

Elle sera émise sous forme d'hypothèse selon la localisation des lésions sur le corps, la direction des coups, le trajet et les données de l'examen des vêtements faites initialement.

- Existe-il un délai de survie ?

Les blessures par armes blanches peuvent être immédiatement mortelles sur les lieux de survenue après quelques minutes par atteinte vasculaire ou d'un organe noble comme le cœur, ou avoir un délai de survie qui varie de quelques heures à quelques jours entraînant un raisonnement médico-légal plus complexe pour essayer de comprendre les facteurs surajoutés ayant pu contribuer à la mort comme l'évacuation médicalisée ou non et les retards accusés, l'absence ou la mauvaise prise en charge initiale, l'erreur médicale, les infections nosocomiales... Comme ça, les retombés judiciaires contre l'auteur ne seront pas les mêmes.

Donc, il serait plus prudent et judicieux d'avoir le maximum d'information quant aux circonstances de production du décès et les modalités de la prise en charge si elle a eu lieu, et malgré tout ça, l'appréciation restera toujours difficile car il existe toujours des variantes atypiques.

- Quelle est la cause de la mort ?

La réponse à cette question revient à trouver l'atteinte mortelle à l'intérieur du corps en réalisant une dissection minutieuse tout en suivant le trajet des blessures au fur et à mesure et dressant un inventaire des lésions internes retrouvées selon un ordre de gravité décroissant.

Le diagnostic sera facile si on retrouve une atteinte d'un gros vaisseau, du cœur ou d'un organe essentiel, sinon il sera difficile si les lésions sont minimes, et un raisonnement médico-légal approfondie et prudent est de mise pour éliminer d'autres causes extérieures ou surajoutés à la violence elle-même. (25)

Donc comme critère de gravité fondamental des blessures qui entraîne le décès dans les trente premières minutes, on a la localisation de la plaie, et selon une étude faite sur 100 décès par violences perforantes, ils ont trouvé que dans les 88 % de décès immédiats, les localisations les plus graves étaient, selon un ordre décroissant, comme suit :

- Le thorax : les causes de la mort retrouvées ici peuvent être selon l'atteinte : un hémithorax de grande abondance des plaies du cœur et/ou des gros vaisseaux, un pneumothorax suffocant des plaies des voies aériennes ou pulmonaires, une embolie gazeuse traumatique ou l'association de plusieurs causes en même temps.

La région thoracique est subdivisée en trois zones et selon la zone atteinte on a :

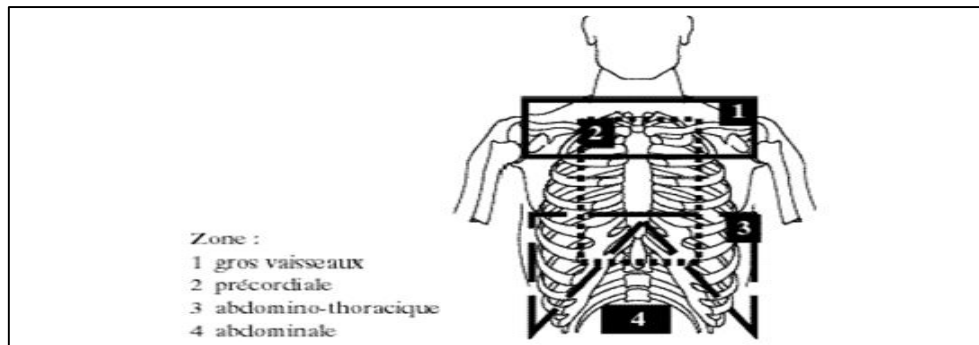


Figure 34 : Subdivision chirurgicale de la région thoraco-abdominale.(59,63)

Les blessures de la région précordiale font suspecter une atteinte cardiaque dont la tamponnade peut avoir un effet protecteur. L'aspect de la plaie myocardique est caractéristique du fait des mouvements du cœur, prenant la forme de deux plaies en « v » induisant en erreur l'interprétation de la largeur de la lame et le nombre de coups.

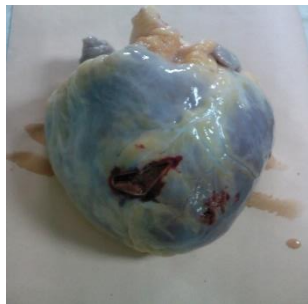


Figure 35 : Plaie vitale en « v » typique du cœur par arme double tranchante.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Les blessures des gros vaisseaux, partielles ou complètes, et selon leurs fréquence, on a l'artère sous-clavière, l'aorte thoracique descendante, le hile pulmonaire.

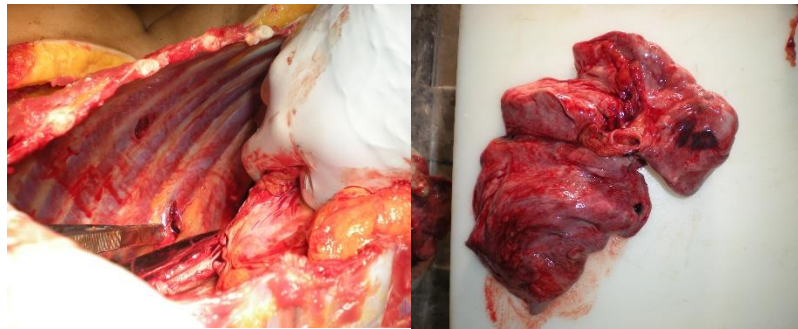


Figures 36 : Plaie latéro-cervicale basse touchant le tronc brachio-céphalique.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

Les atteintes de siège inférieur à la 7^{ème} côte font suspecter des lésions diaphragmatiques et abdominales associées.

Les plaies des poumons peuvent être vues dans les trois régions et provoquent la mort par hémopneumothorax massif.



Figures 37 : Plaies profondes latéro-thoraciques touchant le poumon.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- L'abdomen : les atteintes peuvent touchées les organes pleins (foie, rate, reins...), creux (estomac, intestins) ou juste pariétales, ou l'association.

La mort peut être rapide lorsqu'il y a une hémorragie massive par atteinte importante des organes ou par atteinte d'un tronc vasculaire abdominal, ou plus ou moins retardée dans les atteintes intestinales ou éviscération vers l'extérieur provoquant une péritonite.



Figures 38 : Plaies hépatique et mésentérique par arme blanche.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

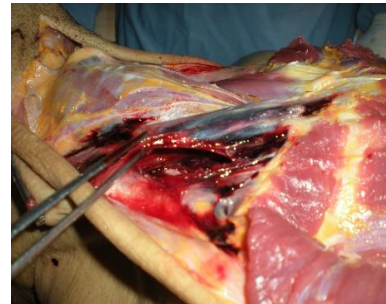
- Tête et cou : le cuir chevelu, la boîte crânienne, le massif facial peuvent tous être touchés mais c'est les lésions cérébrales sous-jacentes qui feront toute la gravité et c'est la panache des armes tranchants et contondants à l'origine d'un délabrement importants.

Le cou est une région médico-légale et est le siège de nombreux éléments nobles, et selon le niveau de l'atteinte, on peut voir les éléments thoraciques touchés aussi.

La mort survient souvent par hémorragie massive due à l'atteinte des gros vaisseaux cervicaux, avec ou sans atteinte de l'œsophage ou les voies aériennes pouvant entraîner une suffocation interne ou une embolie gazeuse.



Figures 39 : Plaie latéro-cervicale haute touchant l'artère carotide interne.
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)



Figures 40 : Plaie latéro-cervicale moyenne touchant l'artère carotide primitive et la veine jugulaire externe. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)



Figures 41 : Plaies compliquées de l'extrémité céphalique par arme tranchante et contondante.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- Les membres : Les plaies des membres sont particulières pouvant être souvent compliquées d'atteintes profondes associées (muscle, tendons, os, nerf et vaisseaux), ou isolées et la mort ici survient par atteinte vasculaire, ou associées à d'autres sièges mortels et revêtent la particularité de plaies de défense.



Figures 42 : Plaies de défense. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- Quelles sont les circonstances du décès ?

Question très intéressante pour la justice pour orienter les démarches judiciaires de l'enquête, il s'agira de déterminer la forme médico-légale de la mort violente entre suicide, accident ou homicide.

Les circonstances accidentelles de la mort violente par armes blanches, quel que soit sa nature, sont rarement rencontrés dans la pratique médico-légale, le diagnostic va être évoqué par élimination des autres formes et sur la base de bonnes investigations judiciaires et médicales lors de la levée de corps.

Les autres formes, suicidaires et criminelles sont les plus vue en pratique et sont de diagnostic parfois aisé posé d'emblée lors des investigations de la scène de découverte du cadavre, et parfois il ne l'est pas et nécessite un bon œil professionnel en plus d'une étude minutieuse de l'environnement proche du corps car c'est souvent ça qui aident beaucoup dans la détermination de la forme.(129)

Donc, crime ou suicide ? Le légiste doit rechercher certaines particularités à savoir :

Les éléments en faveur d'un suicide peuvent être :

- Des plaies situées sur des zones accessibles et électives pour apporter la mort à savoir la région cervicale, la face antérieure du poignet ou coude, et le côté gauche de la région précordiale pour un droitier.
- Des traces récentes ou anciennes de tentatives de suicide ratées ou des lésions d'automutilations ou de violences divers témoignant d'une instabilité psychique.
- Des vêtements bien en place, non déchirés ni perforés témoignant d'absence de lutte.
- un état des lieux sans désordre avec parfois la présence d'une lettre à côté du défunt.
- Un couteau tenu dans la main du cadavre, n'est pas forcément confirmation de suicide.
- Des marques d'hésitation au début de la plaie mortelle.

Pour l'homicide, les éléments permettant d'orienter peuvent être :

- Des traces de lutte objectivées sur les lieux par son désordre, sur les vêtements qui sont déchirés, perforés ou arrachés, sur le corps par la présence des lésions dites de défense, témoignant que la victime a essayé de contrer les coups ou à tenter de saisir l'arme provoquant ainsi des plaies des mains (face palmaire ou dorsale), des faces postéro-externes des avant-bras ou bras lors de la tentative de protection du reste du corps.
- Des plaies de localisation incompatible avec un acte suicidaire.
- Un nombre important de plaies ayant ou non la même forme, évoque la possibilité de plusieurs agresseurs ou un état d'acharnement par un seul.
- Des lésions de mutilation du cadavre dans le but de le dissimulé ou de le rendre non identifiable.

La combinaison des deux formes « homicide-suicide » est parfois retrouvées dans la pratique médico-légale et elle peut concerner un couple en conflit (le mari tue sa femme et se suicide), ou des membres d'une même famille(le père tue ses enfants puis se suicide).(125)

4.3.2.3.Les examens complémentaires

Au fur et à mesure de la réalisation des étapes de l'autopsie, des prélèvements de liquides biologiques ou de fragments d'organes ou de tissus sont réalisés pendant l'examen.

Ils sont systématiques et variés dont le choix est laissé à l'appréciation du médecin légiste selon ce qu'il juge bon et utile pour la manifestation de la vérité.

Dans le cas de mort violente criminelle, on a souvent recours aux :

- Analyses toxicologiques : par la réalisation de prélèvements des différents liquides biologiques ou de fragments d'organes à la recherche d'une éventuelle prise de médicaments, drogues, alcool, ou autres substances toxiques.

La pratique de ces derniers est adaptée en fonction de l'état de conservation du corps.

Les résultats sont le plus souvent de type qualitatif rendant ainsi l'interprétation médico-légale prudente nécessitant une confrontation avec le reste des données de l'exploration médico-judiciaire.

- Analyses anatomopathologiques : par la réalisation de prélèvements de tissus ou de parties d'organes dans le but de rechercher les critères de vitalité d'une lésions ou de trouver une autre cause organique de la mort en cas de plaie non mortelle.

Les résultats de ces analyses sont le plus souvent non concluants chez le corps putréfié.

- Analyses biochimiques : surtout de l'humeur vitrée dans un but de datation de la mort, dont l'interprétation des résultats reste mitigée dans le cas de putréfaction du corps.
- Autres analyses cytologiques, virologiques, bactériologiques, immunologiques et génétiques peuvent être fait en fonction de la nécessité de l'enquête. (130,131)

Les prélèvements sont scellés à l'issue de l'autopsie, puis adressés aux structures adéquates pour analyse et conservation jusqu'à ce que la justice ordonne leur destruction.

4.3.3. Situations particulières de blessures mortelles par armes blanches

4.3.3.1.L'égorgeement :

Situation devant laquelle le légiste doit se poser la question : homicide ou suicide ? Pour y répondre, il existe certains éléments d'orientation à rechercher :

- En faveur d'un homicide et en plus des traces de luttas dans les lieux, sur les vêtements et sur le corps de la victime par la présence de plaies de défense et d'autres violences associées, et selon la position de l'auteur on a (129) :

Lorsqu'il se tient derrière la victime, et par un geste unique de balayage combiné d'une extension de la tête pour dégager la région cervicale, provoque une plaie arciforme, profonde à son début, qui sera haute situé du côté gauche du cou pour un auteur droitier, et qui se termine, un peu plus bas, superficiellement par un mouvement de sortie de la lame de la peau pouvant donner une queue de rat terminale.

Le geste va provoquer une atteinte des structures sous-jacentes : muscles, paquet vasculo-nerveux, section de la trachée et/ou de l'œsophage, et si le fil de l'arme est très bien aiguisé, il peut atteindre la paroi antérieure du rachis cervical. La cause de la mort va être une hémorragie massive due à l'atteinte des carotides et jugulaires du cou, en association aux autres lésions.

Le geste peut être unique et mortelle comme il peut être répété si la victime bouge et se débat, en essayant de la stabilisée, l'auteur va provoquer plusieurs plaies de profondeurs différentes ou une seule plaie profonde avec plusieurs plaies superficielles de début, donc il faut faire attention dans l'interprétation.

Lorsque l'égorgeement est porté de face, il s'agira généralement de gestes répétés provoquant des plaies multiples, plus ou moins courtes, horizontales et qui se croisent entre elles du fait d'un mouvement de va et viens, donnant des atteintes profondes moindre que pour la prise postérieure.

Présentation de cas :

Cadavre découvert sans vie dans un magasin victime de mort violente criminelle par égorgement vital avec acharnement par plusieurs autres plaies, l'examen du cadavre sur les lieux a permis de noter la position de la tête en extension et la présence de plaies typiques d'égorgement criminel en position postérieure de l'agresseur.



Figures 43 : Cas d'homicide par égorgement postérieur et acharnement par arme blanche.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- En faveur d'un suicide et en absence de désordre des lieux et des vêtements, les plaies vont être obliques débutant du côté contre latéral du membre dominant de l'auteur, souvent multiples et superficielles présentant des irrégularités à leurs début correspondant à des plaies d'hésitation, avec une qui sera plus ou moins profonde touchant les muscles et les vaisseaux latéraux du cou.

Pour les deux circonstances, la détermination de l'origine vital ou non des plaies d'égorgement va être mise en évidence dans l'autopsie par la présence de sang dans la trachée et les bronches et dans l'estomac traduisant une inhalation et une déglutition de la victime de son vivant ou pouvant être aussi la résultante de l'atteinte des éléments du cou.(70)

Dans la forme médico légale d'égorgement homicide, on peut avoir la séparation de la tête du reste du corps « décapitation », et là, la rechercher des signes de vitalité est nécessaire afin d'éliminer une éventuelle mutilation post mortem dans le but de dissimulé le corps, et la détermination de l'arme utilisée va être faite par l'étude de la section cervicale et l'empreinte laissée sur les vertèbres.

4.3.3.2.L'homicide-suicide :

Désigne un événement polymorphe et complexe qui marque la mémoire collective du faite de son ampleur sur le plan émotionnel (125), il s'agit du meurtre d'une ou plusieurs personnes suivi d'une mort auto-infligée de l'auteur. En France, ce phénomène est estimé entre 0,2 et

1,55/100 000 et beaucoup moindre en Angleterre à 0,05/100 000, favorisé par un terrain psychique (mélancolique, dépressif, démentiel ou schizophrénique) dont les idées suicidaires font souvent suite à des idées d'homicides. (132)

Cette notion englobe différentes situations criminologiques variant de l'homicide d'une épouse (le mari qui tue sa femme puis se suicide), les tueries familiales (le père qui tue ses enfants et sa femme puis se suicide) ou encore les homicides de masse suivies du décès auto-infligé de l'auteur.

A noter aussi la notion de l'homicide-suicide « différée », révélée par une étude faite sur la mortalité par suicide en détention, mettant en évidence que 10 % des auteurs d'homicide condamnés essayent de se suicider après leur meurtre(133). En Pologne aussi, selon une autre étude, le terme « suicide prolongé » après un acte d'homicide, a été émis et assimilé à l'avènement de troubles dépressifs sévères chez l'auteur outre des facteurs environnementaux défavorables.(134)

Dans une étude des homicides domestiques au Danemark, réalisée entre 1992 et 2016, les homicides entre partenaires intimes concernaient surtout les femmes avec utilisation de méthodes variées suivies par le suicide de l'auteur dans 26,5 % des cas ou d'homicides multiples dans 8,1 %.(135)

En plus, dans une scène de crime de plusieurs victimes, une hypothèse peut être soulevée : s'agit-il d'un homicide-suicide ou d'un crime déguisé en suicide ? dont la réponse nécessitera des connaissances approfondies, médico-légales et suicidologiques, permettant des investigations ciblées portant sur la reconstitution du processus suicidaire et la compréhension du processus homicidaire par la réalisation d'une autopsie psychologique des victimes qui permettra d'établir des hypothèses et d'essayer d'avoir une idée sur la personnalité des sujets pour détecter d'éventuels troubles mentaux.(136)

Présentation de cas pratique :

Il s'agit d'une scène de crime d'un couple retrouvé sans vie dans leurs domicile familial, la présence du médecin légiste sur les lieux a permis d'émettre la possibilité d'homicide suicide dont le mari serait l'auteur et cela selon l'étude des taches de sang et leurs positionnement dans les lieux surtout du côté de l'homme, hypothèse confirmée par les données autopsiques et les investigations judiciaires.



Figures 44 : scène de cas d'un homicide-suicide par arme blanche.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

4.3.3.3. La mutilation, le dépeçage, le démembrement et la désarticulation

La mutilation est un terme qui désigne la modification partielle, destruction ou dégradation d'une ou plusieurs parties du corps, autrement dite, c'est une atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne vivante ou décédée(137).

En thanatologie, la mutilation d'un cadavre consiste à lui infligé des lésions diverses dans le but de le rendre non identifiable, ou de se débarrasser de lui pour échapper à la responsabilité ou réalisée dans un contexte sadique.

Il faut savoir qu'il existe quatre catégories de mutilation largement acceptée dans la littérature et on a (138) :

- La « mutilation défensive » : la plus fréquente et qui concernant tous les cas où le cadavre est découper en morceaux par l'auteur dans le but de le dissimuler ou le transporter plus facilement par démembrement ou désarticulation.

- La « mutilation offensante » : désigne les cas où le démembrement résulte d'une approche aveugle et impulsive de la mutilation d'une manière agressive dans un but de démonstration.
- La « mutilation agressive » : désigne un démembrement vital qui est la cause directe de la mort comme dans le cas des décapitations.
- La « mutilation nécroriale » : concerne le fait de garder une partie d'un cadavre enterré à but de plaisir sexuel.

Donc, le démembrement et dépeçage, sont des formes de mutilation par découpage en morceaux d'un cadavre humain. La désarticulation quant à elle, concerne un démembrement localisé au niveau des articulations sans fracture des os, et là l'auteur doit avoir des connaissances particulières en la matière.

Dans la plupart des cas, les outils utilisés sont des objets tranchants de différents types manuels ou électriques (scie, couteaux, hache), qui peuvent laisser des marques spécifiques surtout sur les os dont l'analyse de ces marques et coupures permet d'avoir une idée sur l'arme utilisée.

La découverte de morceaux de cadavre désigne un type spécifique d'homicide qui pose un certain nombre de difficultés d'ordre médico-légales constituant des défis aux médecins légistes sur le plan de l'identification, de la cause et circonstances du décès, de la détermination de l'origine anté-mortem des blessures et leurs l'intervalle post-mortem, le tout aggravé par l'absence de consensus opérationnel uniforme pour ce genre de situation.(139)

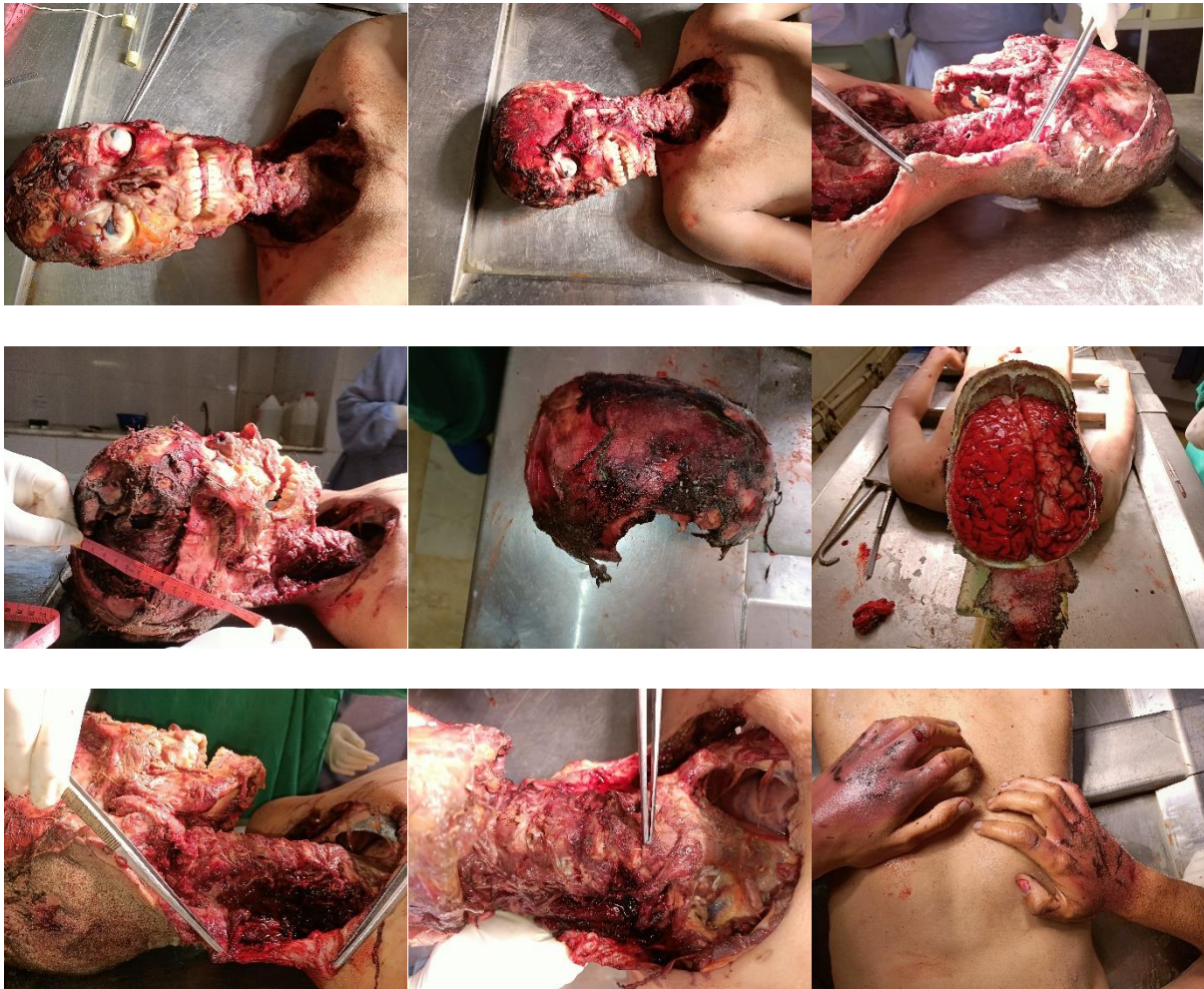
Soulignant donc l'importance d'un abord multidisciplinaire de la question, impliquant la collaboration d'anthropologues médico-légaux, de radiologues, d'odontologistes, de criminologues et d'enquêteurs...etc travaillant sur un protocole basé sur l'enquête de la scène de découverte, la pratique de radiologies et de tomodensitométrie post-mortem, d'autopsie avec différents analyses : toxicologiques, histologiques, génétiques et immunohistochimiques possibles(140).

Il existe une entité de la mutilation avec enrobage des parties du cadavres pour les dissimulés, comme dans le béton par exemple ou autres matières, dans ces cas la radiographie et la tomodensitométrie post-mortem sont les moyens de choix dans les investigations (141,142).

Présentation de cas pratiques :

Il s'agit d'un corps non identifié de sexe masculin, retrouvé sans vie dans un endroit isolé, les investigations thanatologiques ont révélé qu'il s'agissait d'un homicide par arme blanche par

la présence de section vitale du paquet vasculaire cervical droit associée à un traumatisme crânien, des lésions de défense et une mutilation post mortem de la région cervico faciale et crânienne avec tentative de décapitation objectivée par des traces de section au niveau du bas rachis cervical.



Figures 45 : Présentation de cas d'homicide par arme blanche avec mutilation post mortem et tentative de décapitation du cadavre. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

4.3.3.4. Les homicides intrafamiliaux :

Ce sont des crimes complexes survenus dans la sphère familiale avec présence ou non de liens de sang. Situations, rares mais souvent traumatisantes qui suscitent de la terreur et de l'incompréhension et sort du restreint cadre familial pour interpeler l'ensemble de la société.

Phénomènes très médiatisés, impliquant généralement la responsabilité de la folie ou de troubles mentaux pour essayer de légitimer ce geste lorsqu'il y a un lien de sang.

Bien qu'il a été démontré dans des études l'implication de la maladie mentale dans les gestes homicides à des taux élevés, entre 5 et 20 %, et concernant principalement un membre de la famille (50 à 70 % des cas), Cependant, ce n'est pas souvent le cas des parricides avec auteurs adolescents et les Uxoricide où le rôle prédominant de l'imprégnation toxique (alcool et drogues) est mise en cause dans les passages à l'acte criminel. (143,144)

Il existe plusieurs types selon le lien existant entre l'auteur et la victime et les plus fréquents sont :

- Le meurtre d'un des parents : « le parricide ».
- Le meurtre de la partenaire intime ou la conjointe : « l'Uxoricide ».
- Le meurtre d'un ou plusieurs enfants par un des parents : « le filicide », ou le meurtre d'un nouveau-née « l'Infanticide ».

Présentations de cas pratiques :

- **Un Parricide :** Il s'agit de l'autopsie d'une vieille femme âgée de 80 ans, retrouvée sans vie dans son domicile familial, victime d'homicide par arme blanche avec acharnement et mutilation dont l'auteur est son fils, aux antécédents de maladie mentale sous traitement, et de toxicomanie.



Figures 46 : Présentation de cas de parricide par arme blanche avec mutilation.

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- **Un Uxoricide : Homicide conjugal :**

Il s'agit d'un cas de violence conjugale mortelle survenue dans le domicile familial et le motif était la vengeance car le couple était en instance de divorce, l'auteur était toxicomane.



Figures 47 : Présentation de cas d'homicide conjugal par égorgement typique par arme blanche. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

- **Un infanticide :**



Figures 48 : Présentation d'un cas rare d'infanticide par arme blanche. (Coll. Ser. Méd. Lég. CHU Annaba)

5. Dispositions législatifs des armes blanches

5.1. Bases juridiques sur l'arme blanche

5.1.1. Définition

Dans la législation Algérienne, tout ce qui concerne la définition, l'acquisition, la détention, le port et le transport des armes, tout type confondus, est bien réglementé.

Les armes blanches ont été initialement citées dans l'article 2 du Décret N°63-85 du 16 mars 1963 (145) comme faisant partie de la catégorie 6 du classement des matériels de guerre, armes et munition.

Le Décret N°63-399 du 07 octobre 1963 (146), a donné en suite quelques détails pour chaque catégorie d'armes, sans trop de précision.

C'est l'avènement du Décret exécutif N°98-96 du 18 mars 1998 fixant les modalités d'application de l'Ordonnance N°97-06 du 21 janvier 1997 relative aux matériels de guerre, armes et munition (13,14) qui a détaillé leur classification et a considéré les armes blanches ne faisant pas partie des matériels de guerre, et dans son chapitre II, section 2, a donné les sous catégories des armes blanches comme suit :

- Les armes constituant un danger pour la sécurité publique : regroupant les armes blanches proprement dites (piquantes, piquantes et tranchantes, tranchantes et contondantes et les tranchantes) de différentes natures qu'elle soit (Baïonnettes, sabre-baïonnette, poignards, couteaux-poignards, machettes, sabres, épées, Fusils de pêche sous-marine et leurs harpons, Arbalètes, arcs et leur flèche, fléaux japonais, étoiles de jet, poing américain) ainsi que les matraques, casse-tête, matraques à décharge électrique pour neutralisation de personnes dangereuses, Canes à épée, canes plombées et ferrées au seul bout inférieur.
- Les générateurs de gaz incapacitant ou lacrymogène sont aussi classés dans cette catégorie.

Les dispositions des décrets précédents ont été modifiées et complétées dans certaines parties par le Décret exécutif N°04-304 du 13 septembre 2004(147).

5.1.2. La fabrication, l'importation, l'exportation et le commerce : des armes de catégorie 6 sont soumises à l'autorisation du ministère de l'intérieur, à titre d'exercice professionnel, selon les réglementations et dispositifs énoncés dans la loi. (113) L'absence d'autorisation des autorités suscitées, expose à un emprisonnement de deux (02) à cinq (05) ans et une amende de 200.000 à 500.000 DA selon l'article 30 de l'ordonnance N°97-06 du 21 janvier 1997.

5.1.3. L'acquisition et la détention : quiconque détient un dépôt d'arme de 6^{ème} catégorie sans autorisation des autorités dûment habilitées est punie d'une réclusion à temps et de dix (10) ans à vingt (20) ans et d'une amende de 1.000.000 à 2.000.000 DA, selon l'article 35 ordonnance N°97-06 de 1997. (112)

5.1.4. Le port et le transport : d'une ou plusieurs armes de la 6^{ème} catégorie, sans motif valable et légitime, est interdit et punissable d'une réclusion de six (06) mois à deux (02) ans et amende de 5.000 à 20.000 DA selon l'article 39 de l'ordonnance N°97-06 de 1997.(112)

5.2.Les dispositions pénales relatives aux armes blanches

5.2.1. L'atteinte à l'intégrité corporelle :

L'usage des armes blanches dans les différentes violences est possible, utilisées comme moyen d'agression accessible et efficace, est considéré comme circonstance aggravante, selon l'article 266 du CPA, majorant ainsi les peines prévues :

- Pour les coups et blessures volontaires (article 442 CPA) avec une ITT inférieure à 15 jours, l'infraction est qualifiée de contravention suscitant des peines légères, mais avec l'usage d'arme blanche, la qualification va changer et devenir délictuelle avec des sanctions plus lourdes à savoir un emprisonnement de 02 à 10 ans et d'une amende de 200.000 D.A à 1.000.000 D.A.
- De même pour les coups et blessures volontaires graves (article 264 du CPA) avec une ITT supérieure à 15 jours, l'infraction est délictuelle passible d'une réclusion de 01 à 05 ans, qui sera revue à la hausse par la présence d'une circonstance aggravante comme la préméditation, le guet-apens et la survenue d'une infirmité permanente conséquences des armes blanches, c'est la cours d'assise qui va tranchée sur la peine de l'acte qui sera requalifié de criminelle et passible de 5 à 10 ans de réclusion. S'il y a eu association de plusieurs circonstances aggravantes (préméditation ou guet-apens avec une infirmité permanente) la réclusion sera de 10 à 20 ans.

Lorsque les violences volontaires sont faites contre un ascendant direct ou une personne ayant autorité légitime sur l'auteur, les peines sont aggravées aussi selon l'article 267 du CPA.

Lorsqu'il s'agit de victime mineure ou incapable majeure, les peines vont s'aggravées aussi en vertu des articles : 269 à 272 du CPA.

- Les coups et blessures volontaires ayant entraînés la mort sans intention de la donner, sont punis d'une réclusion de 10 à 20 ans, majorée à la réclusion perpétuelle si préméditation ou guet-apens, si lien de parenté ou si la victime est mineure ou incapable majeure.

5.2.2. Les homicides volontaires : par violences mortelles par armes blanches sont punis en vertu de l'article 254 du CPA, s'il y a des circonstances aggravantes comme la préméditation ou guet-apens qui caractérisent l'assassinat (article 255, 256 et 257 du CPA) l'acharnement et la torture, justifieront une peine de mort (article 262, 263 du CPA), la particularité de l'auteur désignant le parricide (article 258 du CPA) ou de la victime (mineurs ou incapables majeurs, art.271 du CPA).

5.2.3. Le banditisme de quartiers : selon l'Ordonnance n° 20-03 du 30 août 2020 relative à la prévention et à la lutte contre les bandes de quartiers, le port ou l'usage des armes blanches apparentes ou cachées comme moyen de violence physique ou morale contre des tiers en menaçant leurs vie, sécurité, liberté ou biens personnels, fait partie intégrante de la définition elle-même de « bande de quartiers ».

Quiconque procure des armes blanches au profil d'une bande de quartiers par la préparation, fabrication, importation, vente, distribution, stockage ou tout autre moyen, est punie d'une réclusion de 5 à 12 ans et d'une amende de 500.000DA à 1.200.000DA. (148)

6. Dispositions préventives de la violence par arme blanche

Dans la lutte contre les différentes facettes de la violence à l'échelle mondiale, et à l'instar des systèmes religieux, philosophiques, juridiques et communautaires, le secteur de la santé publique contribue de manière croissante et efficace dans cette lutte en fournissant des éléments d'information qui aident à comprendre les origines de ce phénomène pour pouvoir empêcher qu'il se produise.

Dans le cadre de notre travail qui se penche sur l'usage des armes blanches comme moyen de violence mortelle ou non mortelle faisant partie intégrante dans les différentes formes et situations de violence interpersonnelle ou contre soi-même, la réflexion préventive contre ce genre de moyen nous ramène à la réflexion globale des violences en général.

L'approche de la santé publique sur la question de la prévention de la violence est abordée d'une manière scientifique et interdisciplinaire faisant intervenir les connaissances de plusieurs disciplines, en n'omettant pas l'action collective avec les autres secteurs publics comme l'éducation, la justice, les services sociaux, et le gouvernement, qui ont chacun un rôle important à jouer dans la chaîne de prévention et de lutte de la violence. (149)

Pour plus d'efficacité, il faut avoir une stratégie préventive nouée sur des bases de connaissances solides puisées dans des travaux de recherche de qualité afin de pouvoir intervenir sur les trois niveaux de prévention (150):

- La prévention primaire : agissant en amont de la violence avant qu'elle ne se manifeste ;
- La prévention secondaire : agissant sur les moyens de lutte et de prise en charge de la violence elle-même une fois produite, telles que les soins pré hospitaliers, les services d'urgence ou de traitement...
- La prévention tertiaire : agissant à long terme sur les conséquences des violences comme la réadaptation, la réintégration, la réduction de le handicap...

Pour y parvenir on doit avoir une réflexion sur les quatre étapes suivantes(151,152) :

- La recherche et la collecte de tout ce qui peut concerner les aspects et connaissances fondamentales sur cette forme de violence à savoir son ampleur, sa portée, ses caractéristiques et ses conséquences sur le plan locale, nationale et mondiale.
- La réalisation d'études pour expliquer la nécessité de recourir à cette forme de violence, autrement dit déterminer les causes et les facteurs qui influencent

l'augmentation ou la diminution du risque de recourir à cette violence ; et qui peuvent être utilisés pour la combattre.

- La mise en place de moyen préventifs basés sur les informations issues des études précédentes, les concevoir, les mettre en œuvre, et suivre leurs résultats.
- L'évaluation de ces moyens dans divers cadres, et la diffusion à large échelle de l'information récoltée tout en calculant la rentabilité de ces programmes.

Divers programmes ont été organisés dans le monde pour lutter contre les différentes formes de la violence en tenant compte des facteurs de risques proposés par le modèle écologique commun de l'OMS qui propose l'intervention sur plusieurs axes(151,153) :

A- L'Approche individuelle : concerne, en plus des facteurs directs démographiques, l'instruction, l'abus de substances, les antécédents violents ou abusifs, touche aussi les caractéristiques individuelles qui font augmenter le risque d'être soit victime ou auteur de violence et là, la prévention se concentre sur deux objectifs :

- Favoriser des comportements, des réflexions et des mentalités saines chez les enfants et les adolescents pour les protéger au fur et à mesure de leur croissance.
- Modifier et corriger les comportements à risques et les mentalités de ceux qui ont une prédisposition à la violence ou qui se montrent déjà violents contre autrui ou contre eux-mêmes.

Plusieurs approches peuvent être envisagées centrées sur des programmes éducatifs, de développement et d'assistance sociale, et thérapeutiques.(154)

Donc, les jeunes qui ont de bons résultats scolaires, un bon estime de soi, des compétences sociales bonnes et un contrôle émotionnel sont généralement plus ou moins protégés du risque d'être impliqués dans des actes de violence entre jeunes(155). Et selon des études réalisées aux États-Unis d'Amérique, pour tous les classes d'âge, le fait d'avoir une plus grande satisfaction dans la vie et d'avoir des aspirations positives pour l'avenir et le futur protège contre le port d'armes(156,157)

B- L'approche relationnelle : cherche à influencer et à intervenir dans les relations qu'ont les victimes avec leurs auteurs et avec leurs entourages proches à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille. Cela par des approches visant les relations par l'amélioration des liens affectifs entre les parents et enfants ou entre maris et épouses, l'amélioration de la communication et la solution aux problèmes intrafamiliaux par l'instauration et la mise en application des institutions sociales de la protection de la mère et des enfants.

Pour ce qui est des jeunes qui ont des liens forts et étroits avec leurs parents avec une bonne communication et cohésion familiale et une bonne surveillance parentale, sont moins exposés à la violence et plus protégés contre le port d'armes(158,159). Néanmoins, cette approche n'a pas d'influence et ne protège pas une fois la violence liées aux armes a commencé et cela signifie que les parents ont raté l'occasion d'intervenir efficacement avec leurs enfants. (160)

C- L'approche communautaire et sociétale : vise à sensibiliser la collectivité de débattre et d'agir efficacement aux causes sociales et matérielles qui favorisent l'usage de la violence dans le milieu local, nombreuses approches sont axées sur :

- Les campagnes de sensibilisation par les médias,
- L'amélioration du milieu physique extérieur (éclairage public, les caméras de surveillance dans les rues, les voies d'accès à l'école...)
- La promotion des activités extrascolaires (sport, théâtre ...).
- La formation des fonctionnaires de policiers judiciaires, de la santé, de l'éducation, et des employeurs à reconnaître et savoir identifier ce genre de violence.
- La bonne organisation et disponibilité de la police de proximité dans les quartiers.

Certaines études ont montré que l'implication communautaire, la bonne connexion scolaire et l'implication religieuse protègent contre le port d'armes. (161)

Qu'en est-il de la prévention en Algérie ?

La violence et le crime par arme blanche en Algérie revêtent différentes formes, qu'ils s'agissent d'homicides, de vols, ou de violences, lançant ainsi un grand défi au gouvernement et les services de l'état chargés de la lutte contre la criminalité et la délinquance, mais aussi à la société civile.

En plus des dispositions préventives communes, individuelles, relationnelles, sociales et communautaires qui concernent les mesures qui visent à écarter les individus de la dérive et de la délinquance en apportant de l'aide aux enfants et les parents en difficultés qui manquent de compétences, en agissant au niveau de l'environnement (famille, école, quartiers, habitat, etc), au niveau économique et culturel (agir sur le chômage, favoriser les formations professionnelles, encourager les loisirs, maisons de jeunesse, etc).

Il existe aussi la « prévention situationnelle », qui vise à limiter et minimiser les occasions criminelles en agissant et modifiant les situations dites précriminelles et cela par la réalisation de mesures comme l'installation des caméras de surveillance, l'amélioration de l'éclairage, le contrôles des entrées et sorties, la modification et l'amélioration de l'urbanisme...etc, et n'oublions pas le rôle de la police de proximité.

Il y a eu plusieurs efforts de la part de l'état pour lutter contre la délinquance de tout genre par l'instauration :

- En 2006, du « Comité national de coordination des actions de lutte contre la criminalité» (162).
- En 2020 de la « Stratégie nationale et des stratégies locales de prévention contre les infractions d'enlèvement» (163).
- En 2020, de la commission nationale et des commissions de wilaya de prévention contre les bandes de quartiers (148)
- En 2020, d'une loi fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.(164) modifiée et complétée par le décret exécutif n° 21-196 du 11 mai 2021.(165)
- En 2023, d'une nouvelle loi modifiant et complétant la loi n° 04-18 du 25 décembre 2004 relative à la prévention et la répression de l'usage et le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.(166,167)

De même, dans le cadre de la lutte contre les violences à l'égard des femmes sur tous les niveaux, l'état, dans le but de promouvoir la place et les droits de la femme au sein de la société et en vue de lui assurer une véritable protection, a mis en place des réformes et des programmes nationaux visant à l'élargissement de la criminalisation, le durcissement des peines et l'utilisation d'une nouvelle terminologie dans le code pénal.(168–171)

Malgré cet amendement, les violences à l'égard des femmes restent toujours enracinées dans notre société et finissent parfois malheureusement par un féminicide.(172)

Donc pour essayer de diminuer l'impact de l'utilisation des armes blanches dans les différentes infractions, et surtout comme moyen de semer la terreur parmi les habitants dans la délinquance des bandes criminelles des quartiers, la vente et la consommation de drogues, de l'attroupement nocturne, l'état est passé au durcissement de la répression pénale, à côté des actions de prévention. (173)

CHAPITRE 02 : MATERIELS ET METHODES

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, réalisée au sein des unités d'exploration médico judiciaire et de thanatologique du service de médecine légale de l'hôpital Ibn-Rochd du CHU d'Annaba qui a porté sur deux séries de victimes de violence par armes blanches, mortelle et non mortelle.

Le mode de recueil des données était prospectif.

2. Lieu de l'étude

L'étude a été réalisée au niveau du service de médecine légale du CHU d'Annaba, situé à l'hôpital Ibn-Rochd qui est à vocation régionale, il est composé de 3 unités :

- Unité d'exploration médico-judiciaire :

Elle a pour mission la prise en charge des victimes de violences physiques volontaires, de violences involontaires accidentelles de la voie publique ou circulation et les accidents de travail, les détenus et les présentations judiciaires.

Cette prise en charge fait suite soit à la demande des patients, soit sur ordre officiel des autorités judiciaires par le biais d'une réquisition.

- Unité de thanatologie :

Elle a une vocation régionale qui englobe toutes les investigations judiciaires pouvant être ordonnées par les autorités judiciaires des différents tribunaux relevant de la cour d'Annaba et certaines wilayas limitrophes (El-Tarf, Guelma, Skikda) et pratiquées par le médecin légiste, concernant des personnes décédées, soit par la réalisation de levée de corps, d'examen externe de cadavre, d'autopsie judiciaire, de prélèvements à visée génétique, ou d'exhumations de cadavre.

- Unité de prise en charge des violences sexuelles :

Elle est dédiée à la prise en charge des victimes de violences sexuelles qui se présentent au service de médecine légale munies d'une réquisition ou directement dans le cadre de présentation judiciaire.

La prise en charge débute de l'accueil et l'interrogatoire jusqu'à la réalisation des prélèvements en passant par un examen clinique pointilleux : général et sexuel avec une prise en charge psychologique et thérapeutique si nécessaire.

3. Population de l'étude :

L'étude effectuée dans le cadre de ce travail de recherche menée au service de médecine légale du CHU d'Annaba, a pris en considération les patients victimes de coups et blessures volontaires non mortels, et les morts violentes par armes blanches, permettant ainsi la sélection de deux populations :

3.1.Population des victimes de violences volontaires non mortelles par armes blanches : reçues et examinées dans l'unité d'exploration médico-judiciaire, durant la période d'une année s'étalant du 01 septembre 2021 jusqu'au 31 août 2022.

Critères d'inclusion : tous les cas de coups et blessures volontaires par armes blanches faisant l'objet d'une évaluation médico-légale au niveau de l'unité d'exploration médico-judiciaire, pour bénéficier du certificat médical descriptif et interprétatif de coups et blessures ; venant soit spontanément pour les victimes majeures, soit avec un tuteur légal pour les mineurs et les incapables majeurs, soit par le biais d'une réquisition officielle des autorités judiciaires, sans distinction du sexe ni de l'âge.

Critères de non inclusion : selon la définition judiciaire des armes blanches suscitée dans le premier chapitre, nous avons exclus, les cas de violences par matraques simples et à décharge électrique et les cas de violences par générateurs d'aérosols incapacitants ou lacrymogènes.

Sont exclues également, les victimes qui ont exprimés une hésitation envers quelques items du questionnaire ou carrément refusés de répondre.

3.2.Population des victimes de violences mortelles par armes blanches : ayant donné lieu à la pratique d'une autopsie médico-judiciaire au niveau de l'unité de thanatologie, ordonnée par le parquet, durant la période de deux ans s'étalant du 01 janvier 2021 au 31 décembre 2022.

Critères d'inclusion : tous les cas de morts violentes par armes blanches ayant fait l'objet d'une autopsie médico-judiciaire, sans distinction de sexe ni de l'âge.

A la fin du recrutement, nous avons recensé :

- Pour les violences physiques non mortelles : 1037 cas sur un nombre total de consultant toutes formes de violence confondues : 6189 cas.
- Pour les violences mortelles : 20 cas sur un nombre total d'autopsie de 522 autopsies réalisées durant les deux années de 2021 et 2022.

4. Organisation et réalisation de l'enquête :

4.1. Conception du questionnaire :

Selon les objectifs de ce travail et la problématique posée, et après une bonne recherche bibliographique et recueil et exploitation des données de la littérature et en utilisant notre expérience professionnelle, deux questionnaires préliminaires ont été établis, un pour les victimes vivantes et l'autre pour les victimes décédées.

Une période d'essai, jugée nécessaire de ces derniers, d'une durée de trois mois, a été réalisée au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire et l'unité de thanatologie du service de médecine légale du CHU d'Annaba. Les résultats obtenus, nous ont permis de soulever quelques difficultés dans la manière de demander l'information de certains paramètres et dans l'imprécision et le manque de d'autres, chose qui nous a aidés à corriger les insuffisances et d'affiner et réorganiser certains items permettant ainsi d'obtenir la version validée et définitive des questionnaires (voir Annexes).

Les différents aspects épidémiologiques et médico-légaux relatifs à cette forme de violence étudiée dans notre travail et rechercher dans les paramètres des questionnaires, sont répartis pour les deux séries étudiées, comme suite :

- Les paramètres sociodémographiques des victimes vivantes ou décédées à savoir : l'âge, sexe, nationalité, profession, type et nature d'habitat, l'adresse, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, les antécédents personnels (toxicologique, psychiatre, judiciaire), violence antérieure subie, nature et fréquence de cette violence, le même auteur ou non...etc.
- Les paramètres sociodémographiques des auteurs pour les deux séries à savoir : le nombre d'auteurs, âge, type d'habitat, profession, niveau d'instruction, antécédents personnels (toxicologique, psychiatre et judiciaire) s'ils sont connus.
- Les paramètres relatifs aux circonstances de la violence mortelle ou non mortelle : jour et moment des faits, lieu de survenue, motifs de l'agression, lien entre l'auteur et la victime, la nature de l'arme blanche utilisée, l'association de d'autres armes, association de d'autres violences (physique, sexuelle, psychique), ...etc.
- Les Paramètres relatifs à la prise en charge médicale initiale des victimes :

Pour les vivantes on a recherché : la structure de santé sollicitée, nature des soins, hospitalisation ou pas, la durée de l'hospitalisation, les lésions associées.

Pour les décédées on a recherché : le délai entre la violence et la prise en charge, moyen de transport utilisé, soins donnés avant le décès, hospitalisation ou non, durée de l'hospitalisation, le temps de survie après les soins.

- Les paramètres relatifs aux aspects de la prise en charge médico-légale des victimes on a recherché :

Pour les victimes vivantes : le mode de consultation, le délai de la consultation, type et nombre des lésions, mensurations des lésions, le siège des lésions, l'existence ou non d'un diagnostic différentiel, sa nature, en cas d'automutilation on a précisé : la nature, la forme, le siège des lésions, l'existence de lésions d'hésitation, l'accessibilité, la concordance avec l'arme alléguée, le caractère de chronicité, et la notion d'avoue ou pas des faits.

Pour les victimes décédées : le délai entre le décès et l'autopsie, les autorités requérantes, le rapport de première information, la levée de corps, la date de l'autopsie, la présence de traces particulières, l'aspect des lividités, le nombre et siège des lésions, caractère morphologique des lésions, blessures associées et leur nature, signe de vitalité, lésions de défense, aspect post mortem, organes internes atteints, examens complémentaires demandés, résultats des analyses toxicologiques, la forme médico-légale du décès.

- Les paramètres relatifs aux conséquences médico-judiciaires et sociales des victimes vivantes, par la recherche de : l'incapacité totale de travail, l'incapacité partielle permanente, séquelles définitives, le retentissement psychologique et sa nature, attitude envisagée, présence d'une plainte antérieure si le même auteur.

4.2.Equipe de recherche et formation des investigateurs :

Le bon déroulement de ce travail a nécessité la participation d'une équipe de recherche composée de quatre professeurs, trois maitres assistants, six résidents, une psychologue clinicienne, dans le recueil des données sur les fiches techniques.

Avant le démarrage de l'enquête, des séances de travail ont été organisées avec l'ensemble des investigateurs portant sur les objectifs de l'étude, l'échantillonnage, les paramètres du questionnaire et leurs intérêts et la méthode optimale du recueil des résultats.

4.3.Recueil des données :

Les techniques d'étude utilisées dans le cadre de cette recherche sont traduites comme suite :

- Pour les victimes de blessures par armes blanches non mortelles :

Le recueil des informations s'est fait lors de la consultation des victimes dans l'unité d'exploration médico-judiciaire au centre hospitalo-universitaire d'Annaba, assurée

quotidiennement par un professeur, deux maitres assistants et deux résidents de 08 heures à 13 heures. Le recueil a porté sur l'exploitation des données relevées sur :

- Le certificat médical initial ;
- La réquisition des autorités judiciaires.
- Les fiches médicales d'hospitalisations ;
- Les comptes rendus d'explorations paracliniques : radiologiques ou biologiques ;
- Les comptes rendus opératoires ;
- Le dossier médical de notre consultation mentionnant les données de l'examen clinique, les circonstances des faits, la nature de l'arme, l'incapacité totale de travail fixée et une éventuelle incapacité partielle permanente envisagée ultérieurement.
- L'interrogatoire des victimes consultantes ou de leurs tuteurs légaux.
- Les rapports des entretiens psychologiques des patients avec la psychologue clinicienne du service en cas de nécessité.
- Pour les victimes de blessures mortelles par armes blanches : Le recueil des informations s'est fait à la base :
 - Des données de l'interrogatoire de la famille ou l'entourage du défunt ;
 - Des données de l'interrogatoire avec les autorités judiciaire ;
 - Des rapports de première information si disponibles ;
 - De l'étude des dossiers médicaux si disponibles ;
 - Des rapports des autopsies médico-légales ;
 - Des résultats des examens complémentaires pratiqués.

5. Techniques statistiques employées et traitement des données colligées :

Les données recueillies ont été saisies par nous-même sur le logiciel statistique « SPSS 20.0 », et l'exploitation et l'analyse a été faite par un technicien en statistiques.

Les résultats sont exprimés en effectifs et en pourcentages pour les variables qualitatives et en moyennes, médianes et plus ou moins écarts types de la moyenne pour les variables quantitatives.

Des tests statistiques ont été utilisé pour la comparaison de certains paramètres avec un seuil de signification qui été fixé dans tous les cas à 0,05, et sont représentés par :

- Le test de χ^2 , pour la comparaison de valeurs qualitatives (pourcentages).
- Le test de student, pour la comparaison de moyennes (variables quantitatives et qualitatives).

6. Implications éthiques :

Conformément aux lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains, élaborées par le conseil des organisations internationales des sciences humaines « CIOMS » avec la collaboration de l'organisation mondiale de la santé « OMS » (174), l'ensemble de tous les principes d'éthique et de sécurité recommandés ont été rigoureusement respectés tout au long de notre travail.

Dans cette perspective, toute l'équipe médicale a veillé, dans son travail, au respect du secret professionnel recommandé dans ce type de recherche ainsi que le respect du secret d'instruction.

Dans ce volet aussi, le consentement des participants majeurs ou leurs tuteurs légaux en cas de mineurs ou d'incapables majeurs, à l'étude, été obtenu lors d'un entretien où le médecin consultant présente un formulaire explicatif rédigé en français et en arabe, contenant le cadre et les objectifs de l'enquête, tout en signalant que l'anonymat et la confidentialité des réponses les concernant seront respectés selon l'article 37 du code de déontologie médicale. (175)

Chapitre 03 : Résultats

La violence non mortelle :

Analyses descriptives

1. Fréquence :

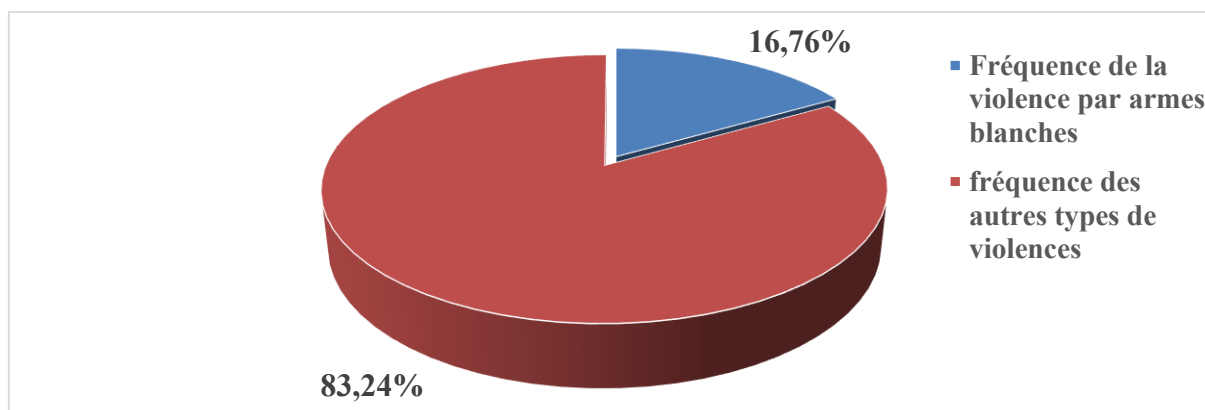


Figure 49 : La fréquence de la violence non mortelle par arme blanche durant la période de l'étude.

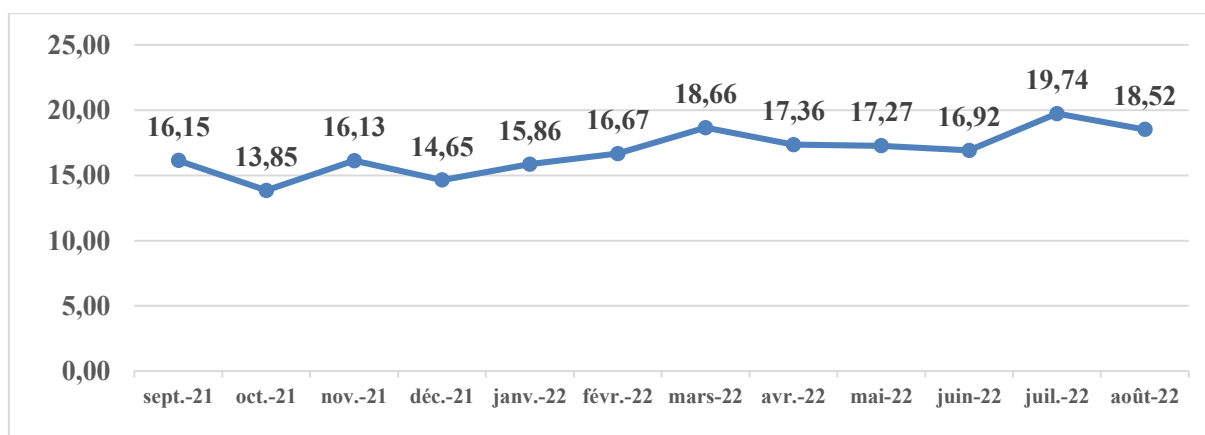


Figure 50 : Les fréquences mensuelles de la violence par arme blanche.

Le nombre total des victimes ayant consulté durant la période d'une année est de 6189 cas et le nombre des victimes de violence par arme blanche dans la même période est de 1037 cas.

La fréquence générale des violences par armes blanches durant l'année de l'étude comme illustré dans la figure 49, représente 16,76% de l'ensemble des victimes reçues et examinées au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale d'Annaba.

Les fréquences mensuelles, comme illustrées dans la figure 50, montrent une courbe presque linéaire qui oscille entre 13,85% le mois d'octobre 2021 et 19,74% le mois de juillet 2022.

2. Les données sociodémographiques des victimes :

2.1. Le sexe :

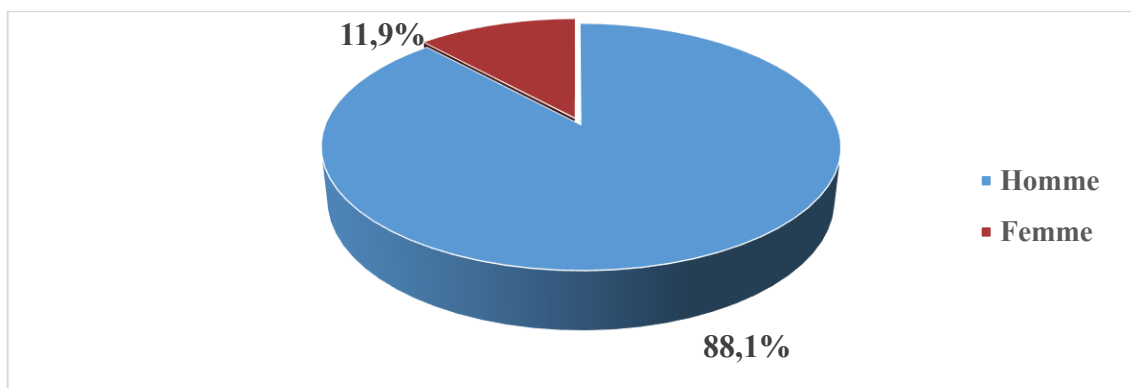


Figure 51 : Répartition des victimes selon le sexe.

Il existe une prédominance masculine à 88,1% des victimes.

2.2. Classes d'âge :

Tableau 04 : Répartition des victimes selon les tranches d'âges.

Classes d'âge	Effectif	Pourcentage
<18 ans	104	10%
18-30	510	49,20%
31-40	246	23,70%
41-50	94	9,10%
51-60	64	6,20%
> 60	19	1,80%
Total	1037	100%

Notre échantillon de victimes est représenté majoritairement par des sujets jeunes ayant moins de 40 ans avec un taux de 82,9% dont la tranche d'âge comprise entre 18-30 ans est la prédominante avec 49,2% des cas.

L'âge moyen des victimes est de $30,52 \pm 11,52$ avec des extrêmes d'âges allant de 7 à 74 ans.

2.3.La nationalité :

Tableau 05 : Répartition selon la nationalité des victimes.

La nationalité	Effectif	Pourcentage
Algérienne	1035	99,8%
Autre	2	0,2%
Total	1037	100%

La quasi-totalité des victimes sont de nationalité Algérienne.

2.4.La provenance et l'adresse exacte par commune :

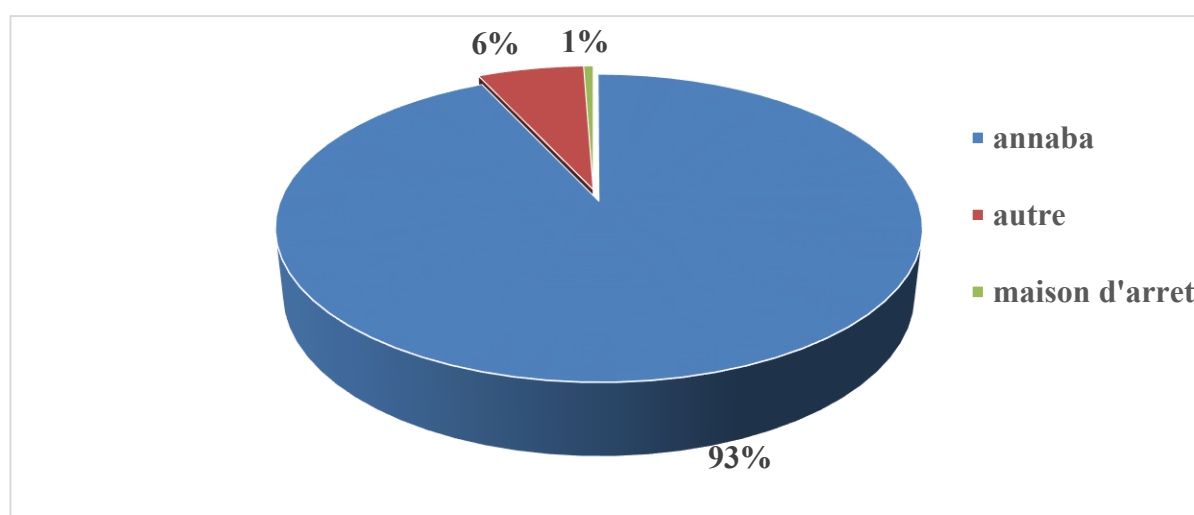


Figure 52 : Répartition des victimes selon l'adresse.

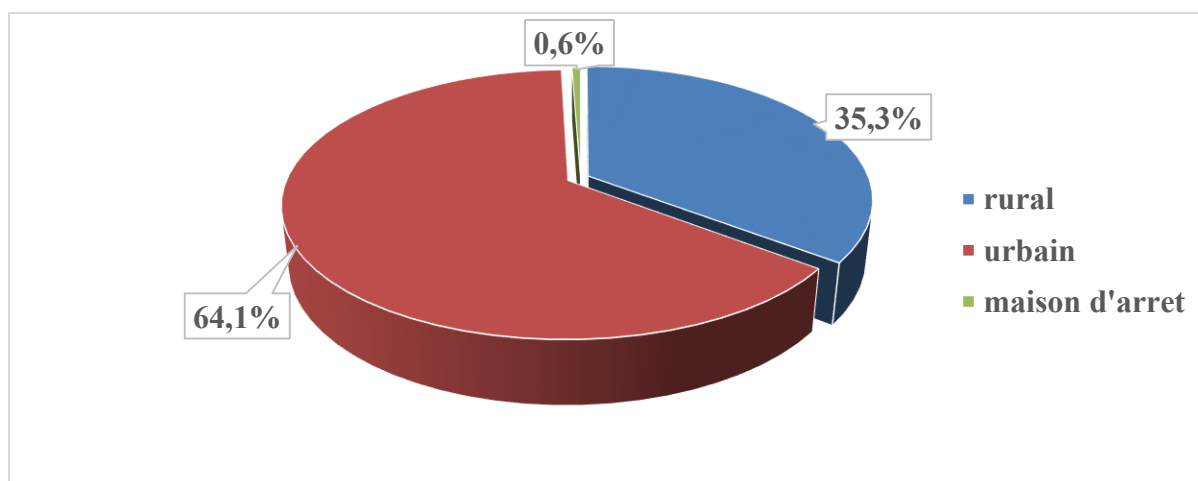
La majorité des victimes proviennent de la wilaya d'Annaba avec 93% des cas, 6% proviennent des wilayas limitrophes (Skikda, Guelma, El-Tarf, Souk-Ahras, Tébessa, Batna...) et 1% proviennent d'une maison d'arrêt à Annaba.

On note aussi que toutes les communes de la wilaya d'Annaba sont concernées par la violence par arme blanche et que les plus touchées avec des taux presque égaux sont la commune d'Annaba et d'El-Bouni.

Tableau 6 : Répartition des victimes par commune.

Adresse exacte	Effectif	Pourcentage
Commune Annaba	414	39,9%
Séraïdi	8	0,8%
El-bouni	393	37,9%
Berrahal	71	6,8%
Oued laneb	2	0,2%
Tréat	5	0,5%
Ain el barda	5	0,5%
Cheurfa	2	0,2%
Eulma	1	0,1%
Chetaïbi	2	0,2%
El-hadjar	2	0,2%
Sidi amar	64	6,2%
Hors wilaya	62	6%
Maison d'arrêt	6	0,6%
Total	1037	100%

2.5.Le type et nature d'habitation :

**Figure 53 : Répartition des victimes selon le type d'habitat.**

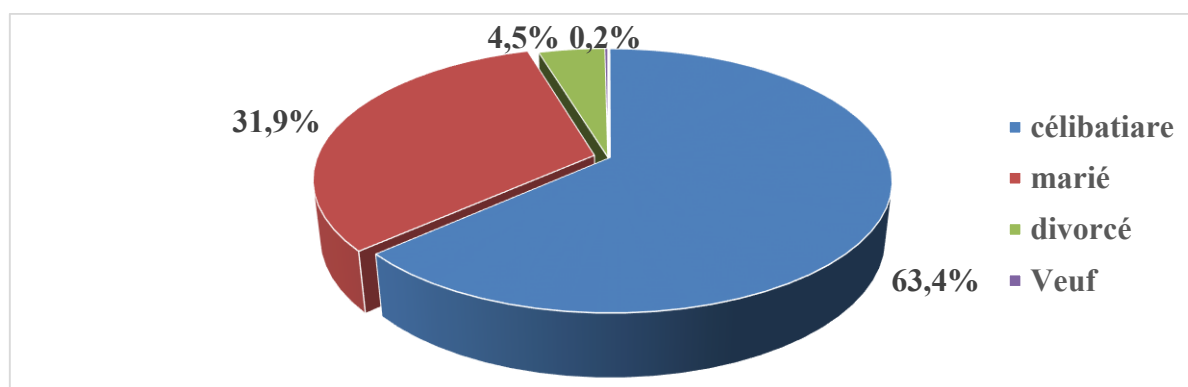
Les deux tiers des victimes soient 64% proviennent d'un milieu urbain, et 35% d'un milieu rural avec 6 cas de victimes qui proviennent d'une maison d'arrêt.

Tableau 7 : Répartition selon la nature d'habitat.

La nature de l'habitation	Effectif	Pourcentage
Appartement	564	54,4%
Villa	111	10,7%
Maison individuelle	297	28,6%
Bidonville	59	5,7%
Autre	6	0,6%
Total	1037	100%

Plus de la moitié des victimes habitent des appartements suivis des maisons individuelles avec 28,6% des cas, on note que le milieu précaire des bidonvilles est retrouvé à un taux minime de 5,7% des cas.

2.6.Statut matrimonial :

**Figure 54 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial.**

Les deux tiers des victimes sont célibataires à 63,4% et presque le un tiers sont mariés à 31,9%.

2.7.Niveau d'instruction :

Tableau 8 : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	23	2,2%
Primaire	136	13,1%
Moyen	525	50,6%
Secondaire	253	24,4%
Supérieur	100	9,6%
Total	1037	100%

La moitié des victimes de notre série ont un niveau d’instruction moyen avec 50,6% des cas, suivie par le niveau secondaire avec 24,4% des cas.

On remarque l’existence d’un taux qui avoisine les 10% des victimes qui ont un niveau d’instruction supérieur.

2.8.Situation professionnelle :

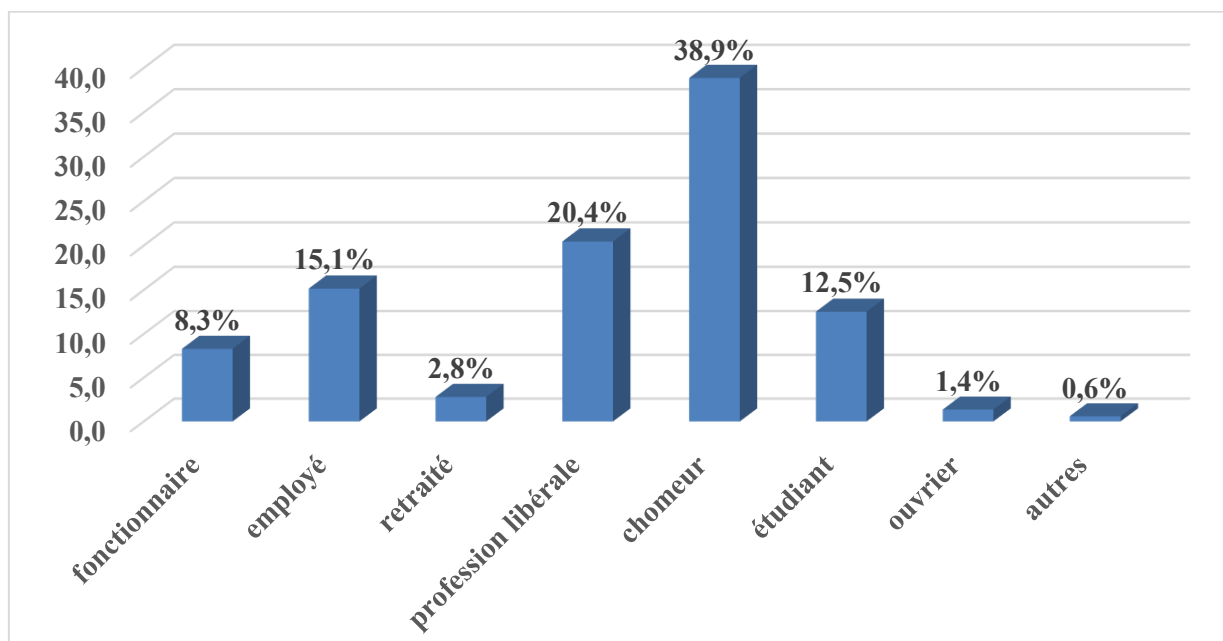


Figure 55 : Répartition des victimes selon la situation professionnelle.

On constate que toutes les classes socio-professionnelles de la société sont touchées par le phénomène de la violence par les armes blanches avec une prédominance pour les chômeurs à 38,9% suivie des professions libérales comme les commerçants et les chauffeurs de taxi à 20,4%.

Les étudiants de différents niveaux sont aussi touchés avec un taux de 12,5% des cas.

2.9.Les antécédents personnels :

Tableau 9 : Répartition des victimes selon la présence ou pas d’antécédents personnels.

Les antécédents personnels	Effectif	Pourcentage
Oui	496	47,8%
Non	541	52,2%
Total	1037	100%

Presque la moitié des victimes ont des antécédents personnels avec 47,8%.

Tableau 10 : Répartition des antécédents personnels dans la population générale des victimes et l'effectif positif aux antécédents personnels.

Les antécédents personnels	Effectif	Pourcentage dans l'effectif total
Psychiatriques	23	2,2%
Toxiques	465	44,8%
Carcéraux	129	12,4%

La répartition des antécédents personnels par rapport à la population générale fait ressortir un total d'effectifs supérieur au nombre retrouvé des victimes présentant des antécédents cela est due à la possibilité d'avoir pour une même personne plusieurs antécédents en même temps.

La présence d'antécédent toxique est retrouvée dans 44,8% du total des victimes, avec un taux d'antécédents d'incarcération antérieure retrouvé chez 12,4% des victimes.

La pathologie psychiatrique quant à elle est notée dans 2,2% des victimes.

2.10. Les habitudes toxiques :

Tableau 11 : Répartition selon la nature de l'antécédent toxique dans la population générale et l'effectif concerné par les antécédents toxiques.

Nature des Antécédents toxiques	Effectif	Pourcentage dans l'effectif total	Pourcentage dans l'effectif des antécédents toxiques
Tabagisme	392	37,8%	84,5%
Alcoolisme	170	16,4%	36,6%
Drogue et cannabis	111	10,7%	23,9%
Toxicomanie	114	11%	24,6%

Il est à noter que pour une seule victime on peut avoir l'association de plusieurs prises toxiques. Dans l'effectif total, on retrouve que le un tiers des victimes sont des tabagiques à 37,8% suivie par la consommation d'alcool à un taux de 16,4%.

La consommation de cannabis, de drogue et la toxicomanie sont retrouvées à des taux presque identiques avoisinant les 11% des cas.

La consommation de tabac est majoritaire dans l'effectif ayant des antécédents toxiques mais souvent en association avec une prise d'alcool dans 36,6% des cas, de drogue ou de toxicomanie à des taux de 24% des cas.

2.11. Les motifs d'incarcération :

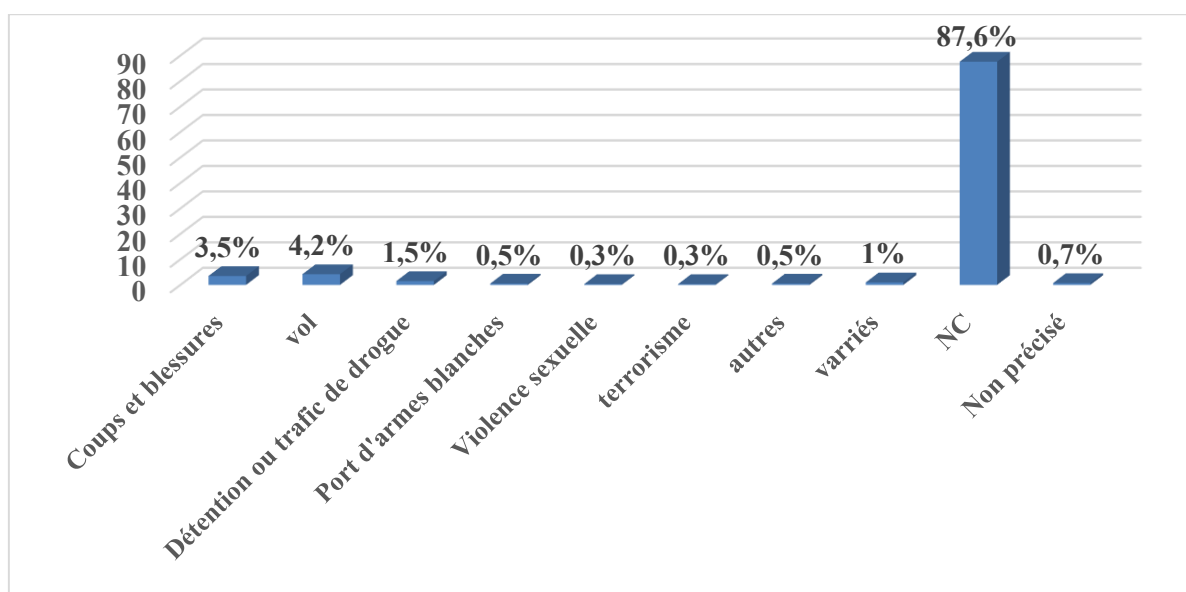


Figure 56 : Répartition des victimes selon le motif d'incarcération.

Le vol et les coups et blessures sont retrouvés dans 4,2% et 3,5% des victimes.

2.12. Violences antérieures subies :

Tableau 12 : Répartition des victimes selon la présence de violence antérieure et si même auteur.

	Violences antérieures subies		Violences par le même auteur	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	140	13,5%	112	10,8%
Non	897	86,5%	925	89,2%
Total	1037	100%	1037	100%

Tableau 13 : Répartition selon la nature des violences antérieures subies.

Nature de la violence	Effectif	Pourcentage
Verbale	82	58,6%
Physique	133	95%
Psychique	44	31,4%

Il existe un taux de 13,5% des victimes qui ont déjà subies des violences antérieures dans leurs vies dont 10,8% c'est des récidives par le même auteur et que la nature de ces violences était beaucoup plus un mélange entre physique et verbale à des taux de 95% et 58,6% des cas.

A noter que pour une seule victime on peut avoir l'association de plusieurs types de violences.

3. Les données sociodémographiques des auteurs :

3.1. Nombre d'auteurs :

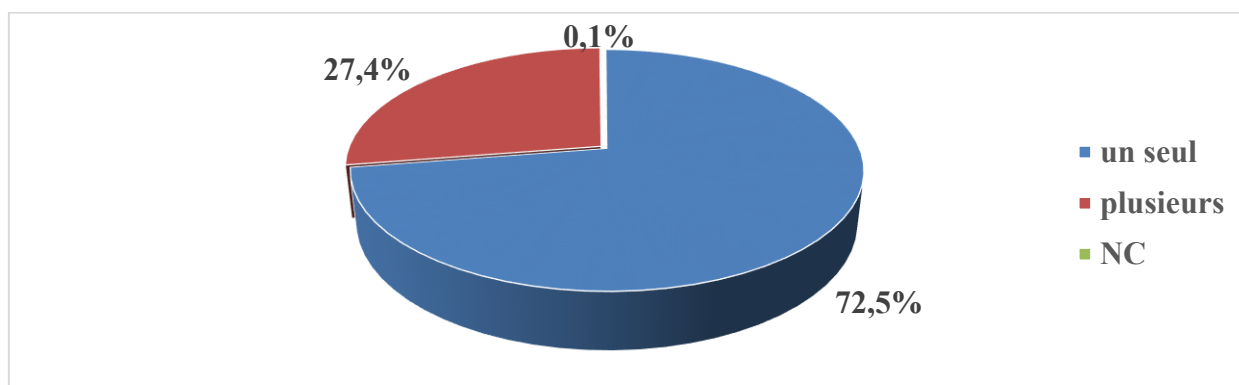


Figure 57 : Répartition selon le nombre des victimes.

Plus des deux tiers des agressions sont le fait d'un seul auteur à 72,5% des cas, l'association de plusieurs auteurs est retrouvée dans 27,4% des cas.

3.2. Classes d'âge :

Tableau 14 : Répartition selon les tranches d'âges.

Classes d'âge	Effectif	Pourcentage
<18ans	33	3,2%
18-30ans	612	59%
31-40ans	223	21,5%
41-50ans	48	4,6%
51-60 ans	17	1,6%
> 60 ans	5	0,5%
Multiples	85	8,2%
Méconnu	14	1,4%
Total	1037	100%

Dans 80% des cas des agressions par arme blanche, les auteurs sont des jeunes adolescents et adultes dont les âges sont compris entre 18 à 40 ans avec une nette prédominance des 18-30 ans à 59% des cas.

3.3.Type d'habitat :

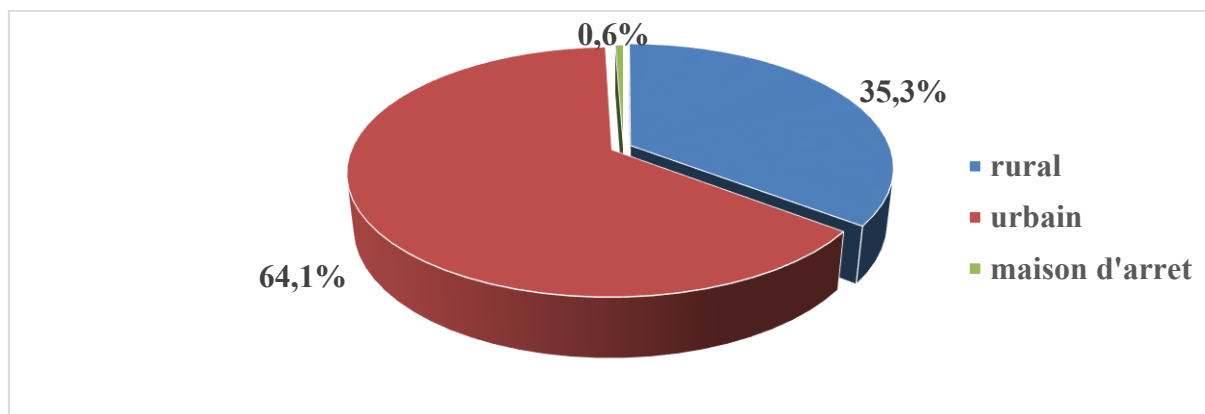


Figure 58 : Répartition des auteurs selon le type d'habitation.

Les deux tiers des auteurs proviennent d'un milieu urbain et le un tiers d'un milieu rural avec 6 cas provenant d'une maison d'arrêt à Annaba.

3.4.Le niveau d'instruction :

Tableau 15 : Répartition selon le niveau d'instruction.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Aucun	111	10,7%
Primaire	78	7,5%
Moyen	143	13,8%
Secondaire	32	3,1%
Supérieur	13	1,3%
Méconnu	652	62,9%
Multiples	8	0,8%
Total	1037	100%

Le niveau d'instruction est méconnu dans presque les deux tiers des auteurs à 62,9% et pour le reste le niveau moyen et les sans niveau occupent 13,8% et 10,7% des cas.

3.5.La profession :

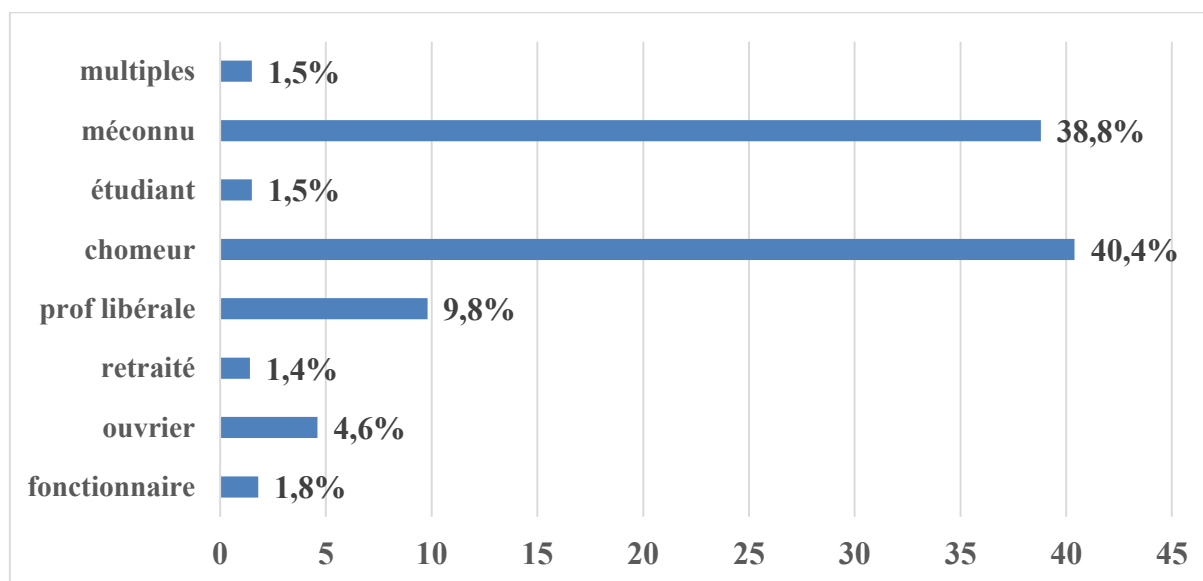


Figure 59 : Répartition des auteurs selon la profession.

La moitié des auteurs de notre série sont soit chômeurs à 40,4% des cas soit ayant une profession libérale à 9,8%.

Il existe un taux de 38,8% d'information manquantes concernant leur situation professionnelle.

3.6.Les antécédents personnels :

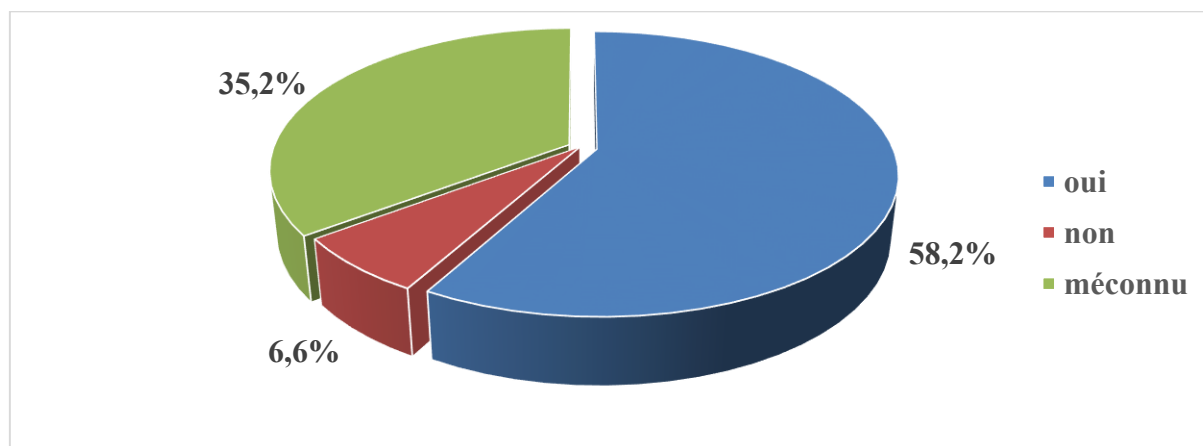


Figure 60 : Répartition selon la présence ou pas d'antécédents personnels des auteurs.

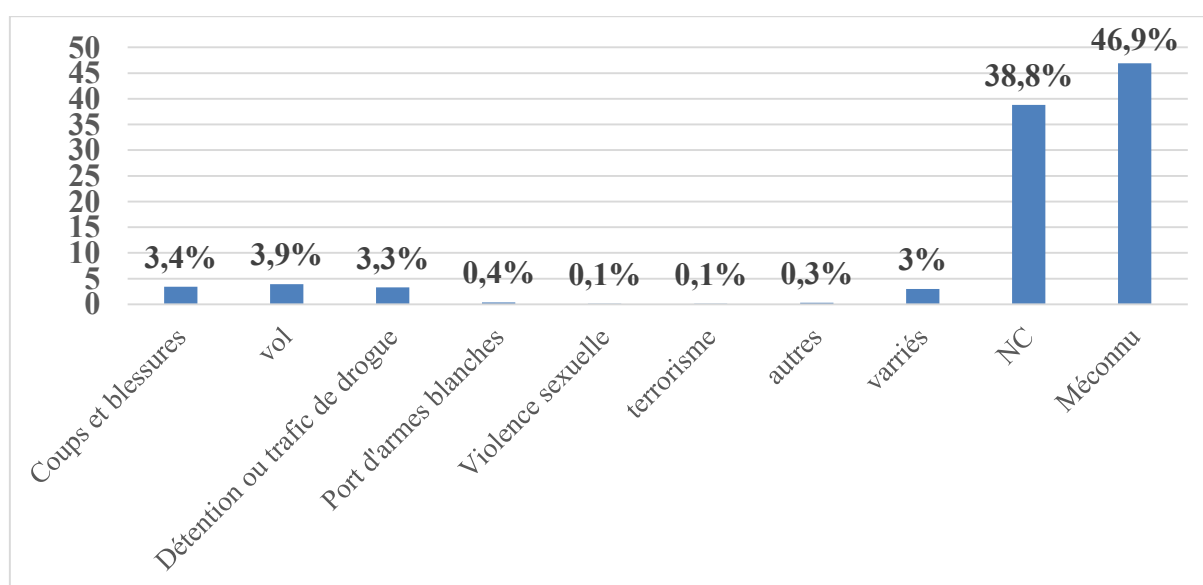
Plus de la moitié des auteurs des violences par armes blanches ont des antécédents personnels, et un pourcentage de 35,2% d'informations méconnues

Tableau 16 : Répartition des antécédents personnels des auteurs selon l'effectif total.

Type d'antécédents personnels	Effectif	Pourcentage dans l'effectif total
Psychiatrique	17	1,6%
Toxicologique	583	56,2%
Carcéraux	272	26,2%

Tableau 17 : Répartition des antécédents toxicologiques selon l'effectif total et celui positif au toxique.

Nature des antécédents toxicologiques	Effectif	Pourcentage dans l'effectif total	Pourcentage dans les antécédents toxique
Tabagisme	322	31,1%	55,2%
Drogue	468	45,1%	80,3%
Alcool	456	44%	78,2%
Toxicomanie	411	39,6%	70,5%

**Figure 61** : Répartition des auteurs selon le motif d'incarcération.

On note que pour un seul auteur on peut avoir plusieurs types d'antécédents retrouvés.

La moitié des auteurs des violences ont un antécédent toxicologique à 56,2% des cas dont la consommation de drogue et d'alcool est prédominante à 45,1% et 44% des cas.

On note aussi l'existence d'un taux de 26,2% des auteurs qui ont des antécédents carcéraux dont les motifs les plus fréquemment retrouvés en cas de disponibilité d'informations sont le vol à 3,9%, les coups et blessures à 3,4% et la détention et le trafic de drogue à 3,3% des auteurs, le port d'armes blanches quant à lui est retrouvé dans 0,4% des cas.

4. Les données relatives aux circonstances de production des violences :

4.1. Jours, moments et heures de survenues des faits :

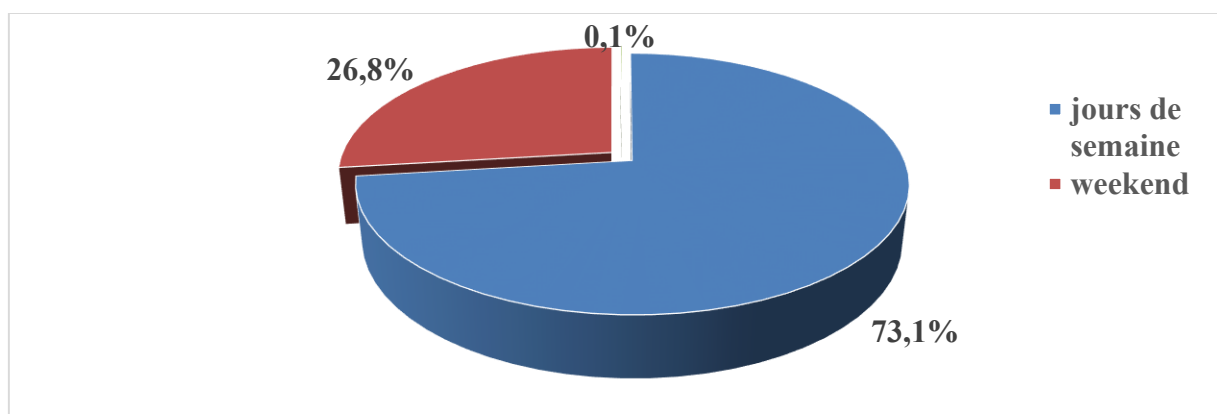


Figure 62 : Répartition selon le jour des faits.

Tableau 18 : Répartition des faits selon les moments de la journée.

Moment des faits	Effectif	Pourcentage
Matin	233	22,5%
Après-midi	375	36,2%
Soir	428	41,3%
Non précisé	1	0,1%
Total	1037	100%

La majorité des agressions surviennent les jours de semaines à un taux de 73,1% souvent le soir dans 41,3% des cas ou l'après-midi dans 36,2% des cas.

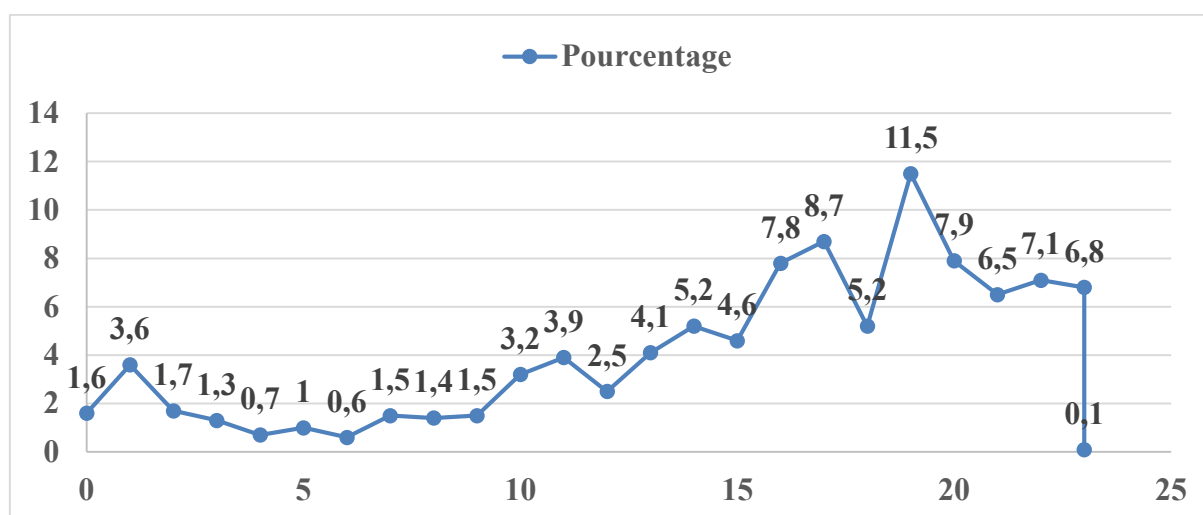


Figure 63 : Répartition des agressions selon l'heure exacte de survenue.

La représentation graphique des agressions selon l'heure exacte de survenue montre l'existence d'une période comprise de 16h à 23h avec plusieurs pics de survenue des agressions dont le sommet siège à 19 heures avec 11,5% des cas.

Dans la période matinale on remarque l'existence de deux pics de survenue des agressions siégeant à 01h et 11h.

4.2.Lieu de survenu des violences :

Tableau 19 : Répartition selon le lieu de survenu des violences.

Lieu des faits	Effectif	Pourcentage
Domicile	175	16,9%
Voie publique	273	26,3%
Travail	72	6,9%
Endroit isolé	97	9,4%
Lieu publique : quartier	408	39,3%
Autre	11	1,1%
Méconnu	1	0,1%
Total	1037	100%

Les agressions par arme blanche surviennent à n'importe quels endroits et selon notre étude on retrouve que les lieux publics et surtout les quartiers et les voies publiques sont les plus concernés à des taux de 39,3% et 26,3% des cas.

La violence intrafamiliale est retrouvée à un taux de 16,9% des cas.

Le milieu de travail est aussi touché par cette forme de violence avec un taux de 6,9% des cas.

4.3.Motif des agressions :

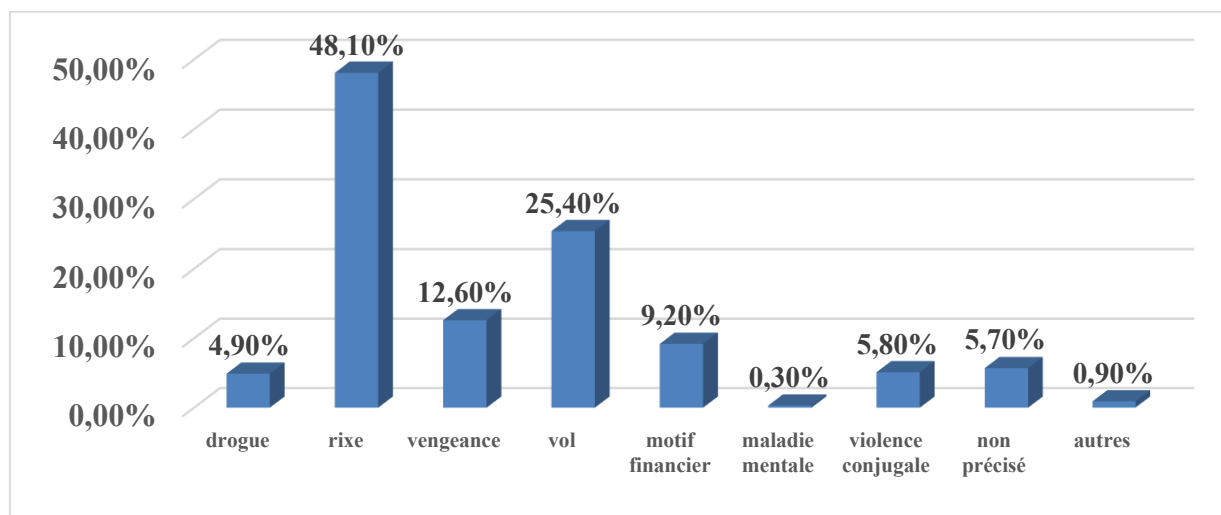


Figure 64 : Répartition selon le motif des agressions.

Les rixes sont le motif le plus retrouvé dans notre série dans presque la moitié des cas 48,1% et dans un quart des cas c'est le vol à 25,4% suivi par la vengeance dans 12,6% des cas et le motif financier dans 9,2% des cas.

La violence conjugale ressort dans notre série avec un taux de 5,8% des cas.

A noter que l'association de plusieurs motifs d'agression est possible.

4.4.Lien entre la victime et l'auteur :

Tableau 20 : Répartition selon le lien entre victimes et auteurs.

Lien avec l'auteur	Effectif	Pourcentage
Voisin	351	33,8%
Conjoint	60	5,8%
Famille	74	7,1%
Ami	84	8,1%
Collègue	12	1,2%
Aucun	442	42,6%
Autres	14	1,4%
Total	1037	100%

L'absence de lien entre l'agresseur et la victime est retrouvée dans 42,6% des cas tandis que les conflits de voisinage sont retrouvés dans 33,8% donc presque le un tiers des cas.

Les liens de sang ou d'alliance sont retrouvés dans 7,1% et 5,8% des cas.

4.5.Nature de l'arme blanche utilisée :

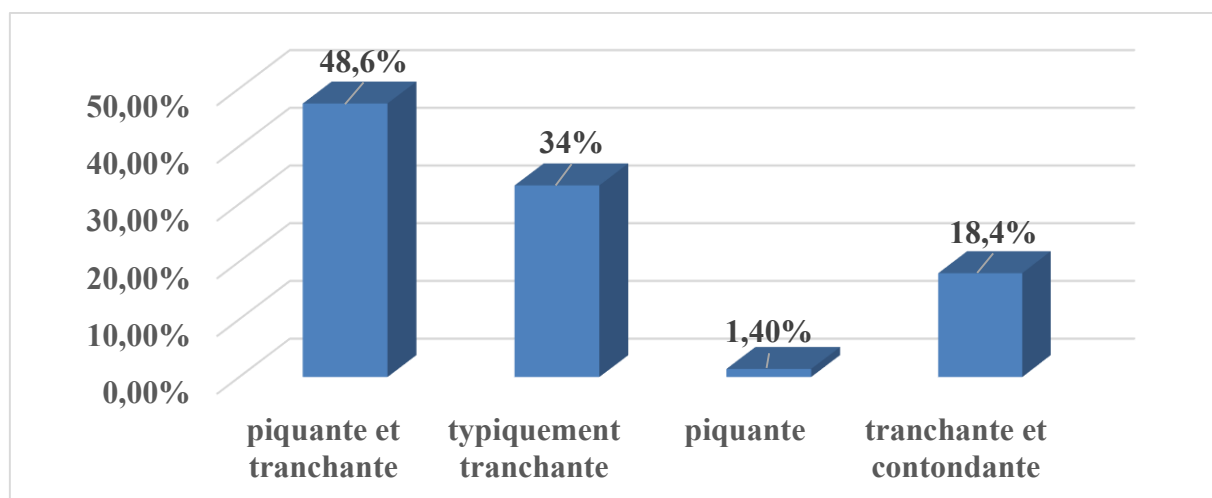


Figure 65 : Répartition selon la nature de l'arme blanche utilisée.

L'arme blanche la plus utilisée dans les violences selon notre série est celle dite piquante et tranchante dans presque la moitié des cas 48,6% suivie par les armes tranchantes comme le cutter et la lame de rasoir dans 34% des cas.

En plus dangereux on retrouve les armes tranchantes et contondantes dans 18,4% des cas comme exemple on peut citer la hache et le couteau de chawarma, plus couramment utilisé dans les fastfoods maintenant.

L'association de plusieurs armes blanches est retrouvée dans notre série surtout lorsqu'il s'agit d'une agression multiple avec plusieurs auteurs.

4.6.Association à d'autres armes et leur nature :

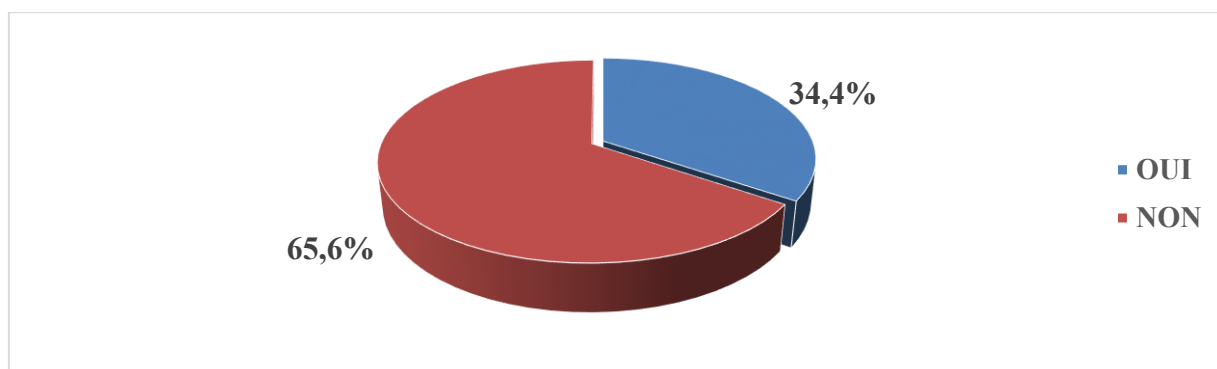


Figure 66 : Répartition selon la possibilité d'utilisation de d'autres armes.

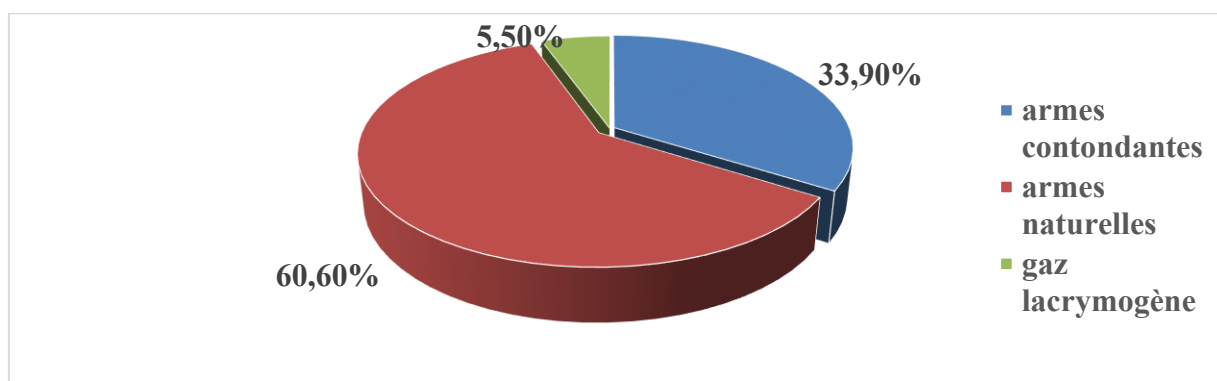


Figure 67 : Répartition selon la nature des armes associées.

Dans les violences par armes blanches on a constaté lors de l'interrogatoire avec les victimes la possibilité d'une éventuelle utilisation de d'autres armes et cela à un taux de 34,4% des cas dont les armes contondantes sont en tête avec 60,6% des cas suivis par les armes naturelles avec 33,9% des cas et dans les agressions graves l'utilisation aussi de gaz lacrymogène est retrouvée dans 5,5% des cas.

On note aussi que pour une même victime on peut retrouver l'association de plusieurs armes à la fois.

4.7. Type des lésions de violences associées :

Tableau 21 : Répartition selon la nature de la violence associée.

Type des violences associées	Effectif	Pourcentage
Violence physique	351	95,1%
Violence psychique	98	26,6%
Violence sexuelle	5	1,4%

En plus des violences par arme blanche, certaines victimes ont subi d'autres violences associées de nature physique dans 95,1% des cas, psychique dans 26,6% des cas voir même de nature sexuelle dans 1,4% des cas.

La possibilité d'association de plusieurs violences pour la même victime est retrouvée aussi.

5. Les données relatives à la prise en charge médicale initiale :

5.1.La structure de soin sollicitée :

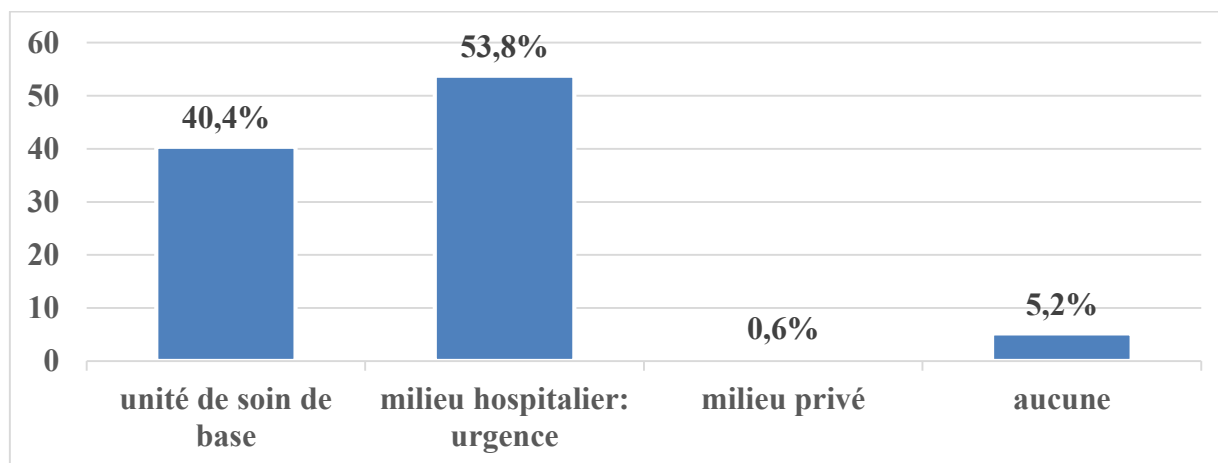


Figure 68 : Répartition selon les structures de soins sollicitées.

Après les agressions, les victimes ont tendance à aller vers le pavillon des urgences chirurgicales du centre hospitalo-universitaire d'Annaba dans plus de la moitié des cas 54,8%, sinon c'est les unités de soins de base qui sont sollicitées dans 40,4% des cas.

Le milieu privé est sollicité dans 0,6% des cas et dans les agressions avec lésions minimales les patients ne se traitent pas ou le font à domicile dans 5,2% des cas.

5.2. La nature des soins prodigués :

Tableau 22 : Répartition selon la nature des soins prodigués.

Nature des soins	Effectif	Pourcentage
Soins de base : sutures	787	75,9%
Soins chirurgicaux	195	18,8%
Non réalisés	55	5,3%
Total	1037	100%

Les victimes ont bénéficié de soins de base dans les deux tiers des cas à 75,9%, et les soins chirurgicaux dans 18,8% des cas.

5.3. L'hospitalisation et sa durée :

Tableau 23 : Répartition selon la présence d'hospitalisation et sa durée.

Hospitalisation et sa durée	Effectif	Pourcentage
24 heures	72	6,9%
48 heures	66	6,4%
72 heures	40	3,9%
>72heures	40	3,9%
Non concerné	819	79 %
Total	1037	100%

Les atteintes graves par armes blanches nécessitant une hospitalisation sont retrouvées dans 21% des cas dont plus de 13% la durée est de 24 à 48 heures.

5.4. Les lésions profondes et leur nature :

Tableau 24 : Répartition selon l'existence de lésions profondes.

Lésions profondes associées	Effectif	Pourcentage
Oui	229	22,1%
Non	809	77,9%
Total	1037	100%

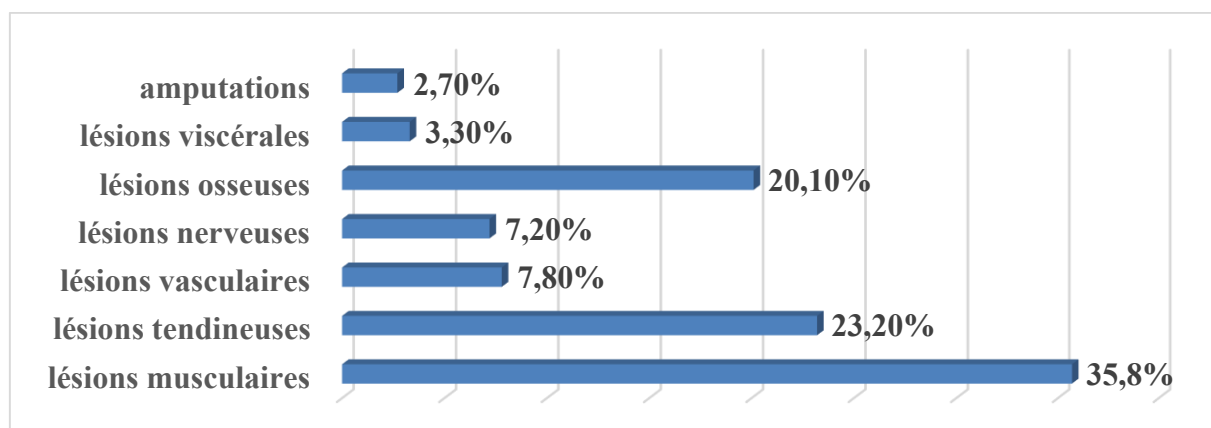


Figure 69 : Répartition selon les lésions profondes traitées.

Dans certaines agressions on retrouve des lésions profondes dans 22,1% des cas, considérées comme critères de gravité de ces violences, le un tiers des cas c'est des lésions musculaires à 35,8% suivie par les lésions tendineuses à 23,2% et osseuses à 20,1% des cas.

On retrouve aussi des lésions vasculo-nerveuses dans 15% des cas, des lésions viscérales dans 3,3% des cas et à l'extrême, des amputations dans 2,7% des cas.

L'association de plusieurs lésions profondes pour une seule personne est possible.

6. Les données relatives à la prise en charge médico-légale :

6.1.Modalité et délai de consultation :

Tableau 25 : Répartition selon la modalité et délai de consultation.

Modalité de consultation	Effectif	Pourcentage
Seul	801	77,2%
Tuteur légal	91	8,8%
Réquisition	145	14%
Délai de consultation		
<24heures	120	19,6%
24 à 48heures	196	18,9%
72 heures	220	21,2%
72 à 7jours	344	33,2%
>7jours	155	14,9%
Non concerné	2	0,2%
Total	1037	100%

Les trois quarts des patients 77,2% sont venus seuls pour bénéficier d'une consultation de médecine légale, et les autorités judiciaires sont les ordonnateurs de l'examen dans 14% des cas.

On note aussi l'existence d'un pourcentage d'adolescents et jeunes enfants victimes de violences par armes blanches et venant consulté accompagné de leurs tuteurs légaux dans 8,8% des cas.

Selon notre étude, plus de la moitié des victimes sont venues en consultation de médecine légale dans les 24 à 72 heures suivant la violence et presque le un tiers des cas après 72 heures.

6.2.Le nombre des lésions :

Tableau 26 : Répartition selon le nombre de lésion.

Nombre des lésions	Effectif	Pourcentage
Unique	436	42%
Multiples	601	58%
Total	1037	100%

Dans 58% des cas on a retrouvé des lésions multiples à l'examen clinique contre 42% des cas de lésions uniques.

6.3.Le type des lésions :

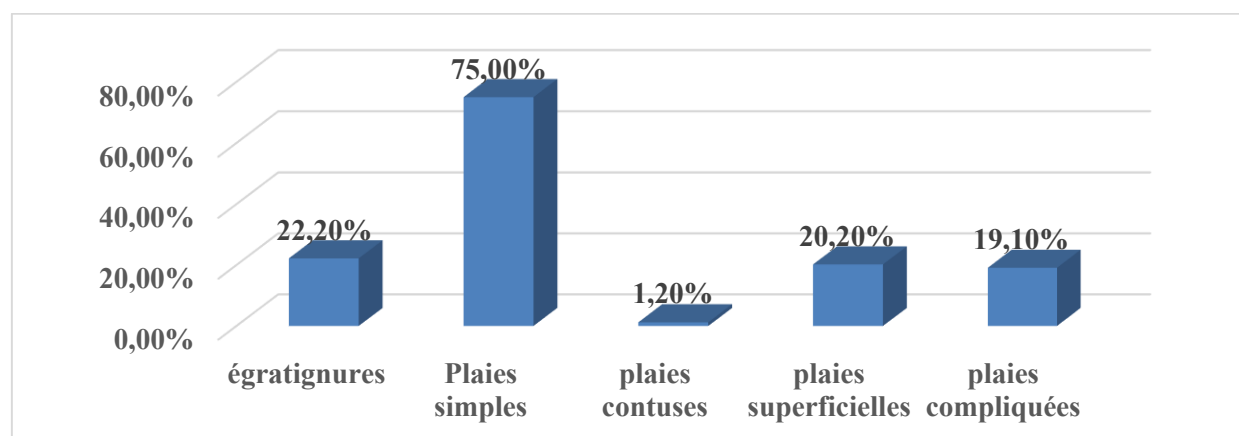


Figure 70 : Répartition selon le type des lésions.

Les plaies simples sont retrouvées dans les trois quarts des patients, les égratignures et les plaies superficielles dans 22,2% et 20,2% des cas.

Il existe un pourcentage de plaies compliquées ou graves dans 19,1% des cas

Il faut noter qu'une victime peut présenter plusieurs lésions en même temps.

6.4. Les mensurations des plaies :

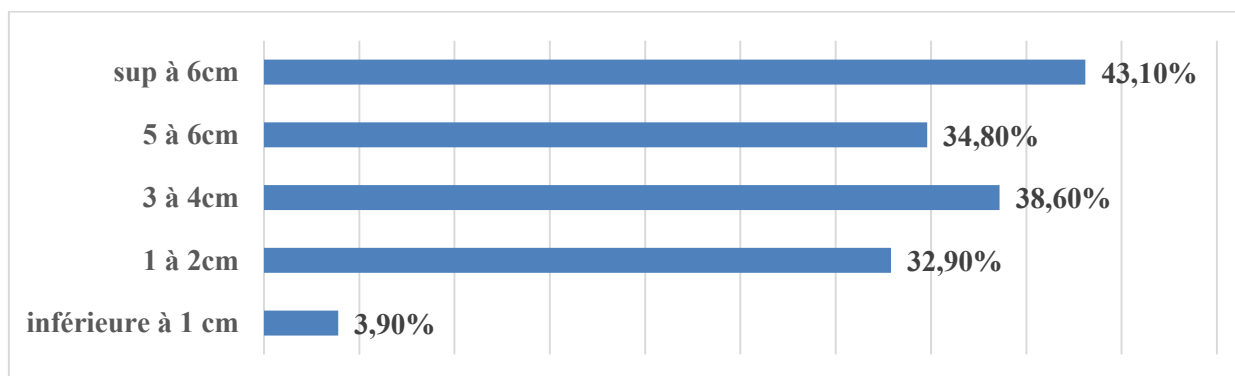


Figure 71 : Répartition selon les mensurations des plaies.

Dans 43,1% presque la moitié des cas, les plaies sont supérieures à 6 cm de long, et dans l'autre moitié des cas elles sont réparties à des taux rapprochés de 1 à 6 cm de long.

Il faut noter qu'une victime peut présenter plusieurs plaies avec plusieurs mensurations en même temps.

6.5. Le siège des lésions :

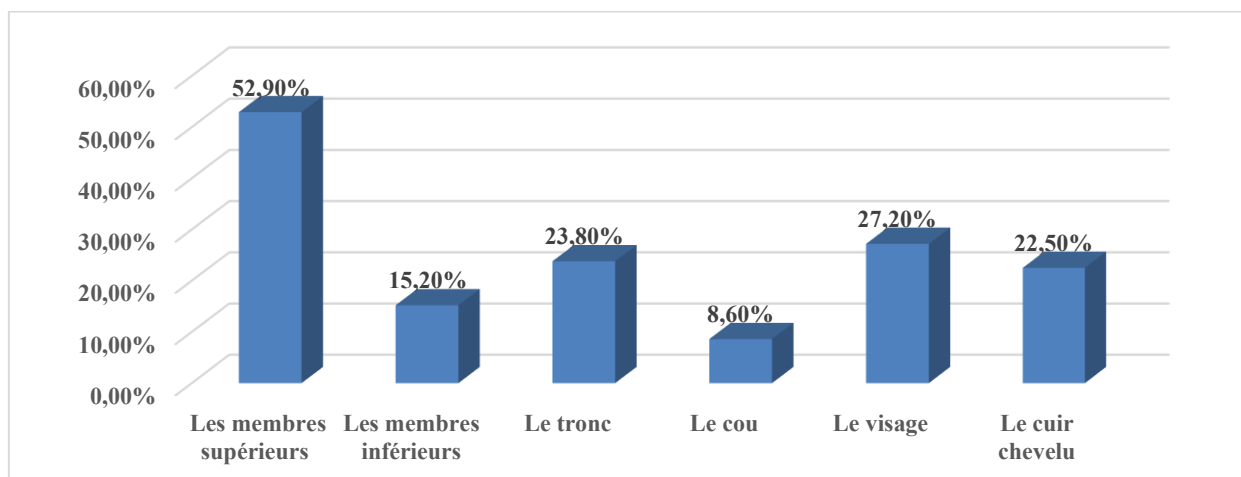


Figure 72 : Répartition selon le siège des lésions sur le corps.

Toutes les régions du corps sont touchées par la violence, les membres supérieurs sont majoritaires avec 52,9% des cas puis le visage avec 27,2% des cas, le tronc et le cuir chevelu avec 23,8% et 22,5% des cas.

Il faut noter que pour une seule victime on peut retrouver plusieurs sièges en même temps.

6.5.1. Le siège des lésions sur les membres supérieurs :

Tableau 27 : Répartition des lésions sur les membres supérieurs.

siège des lésions sur les membres supérieurs			pourcentage
épaules			3,9%
bras	23,1%	Face antérieure	28%
		Face postérieure	36%
		Face externe	43,2%
		Face interne	7,2%
coudes			4,1%
avant-bras	39%	Face antérieure	29,4%
		Face postérieure	42,8%
		Face externe	37,3%
		Face interne	5,5%
mains et poignets	52,7%	Face palmaire	53,4%
		Face dorsale	53,4%
		Poignet	7,4%

Les mains et poignets sont les plus touchées par les lésions avec 52,7% des cas suivie par les avant-bras avec 39% des cas puis les bras avec 23,1% des cas.

A noter que pour la même victime, les lésions peuvent être multiples et siégées sur un seul endroit ou être chevaucher sur plusieurs endroits en même temps.

Les faces externes et postérieures des bras sont les plus touchées avec 43,2% et 36% des cas.

Les faces postérieures et externes des avant-bras sont les plus touchées avec 42,8% et 37,3%

Les faces dorsales et palmaires des mains sont touchées à part égale de 53,4% des cas.

6.5.2. Le siège des lésions sur les membres inférieurs :

Tableau 28 : Répartition des lésions sur les membres supérieurs.

siège des lésions sur les membres inférieurs			pourcentage
Région fessière			19%
cuisses	54,4%	Face antérieure	36%
		Face postérieure	24,4%
		Face externe	43%
		Face interne	4,7%
genoux			7%
Jambes	24,1%	Face antérieure	29,4%
		Face postérieure	42,8%
		Face externe	37,3%
		Face interne	5,5%
Pieds et chevilles	5,7%	Face palmaire	53,4%
		Face dorsale	53,4%
		Poignet	7,4%

Sur les membres inférieurs, les cuisses sont les plus touchées avec 54,4% des cas, et c'est les faces externes et antérieures qui sont les plus concernées avec 43% et 36%.

La face antérieure des jambes est la plus touchée par les lésions avec 63,6% des cas.

Les chevilles sont touchées dans 40% des cas et les pieds à part égale sur les deux faces avec 30% chacune.

6.5.3. Le siège des lésions sur le tronc et le thorax :

Tableau 29 : Siège des lésions sur le tronc et le thorax.

Tronc	Effectif	% dans le corps	% dans le tronc
Thorax	193	18,60%	78,77%
Face postérieure	120	11,7%	61,9%
Face latérale	38	3,7%	19,9%
Face antérieure gauche	33	3,2%	17%
Face antérieure droite	42	4,1%	21,6%
Abdomen	38	3,70%	15,51%
Lombes	40	3,90%	16,31%

Le thorax est la partie du tronc la plus visée retrouvée dans 78,77% des cas dont le siège prédominant est la face postérieure avec 61,9% des cas du thorax.

6.6. Le diagnostic différentiel :

6.6.1. Existence et type de diagnostic différentiel :

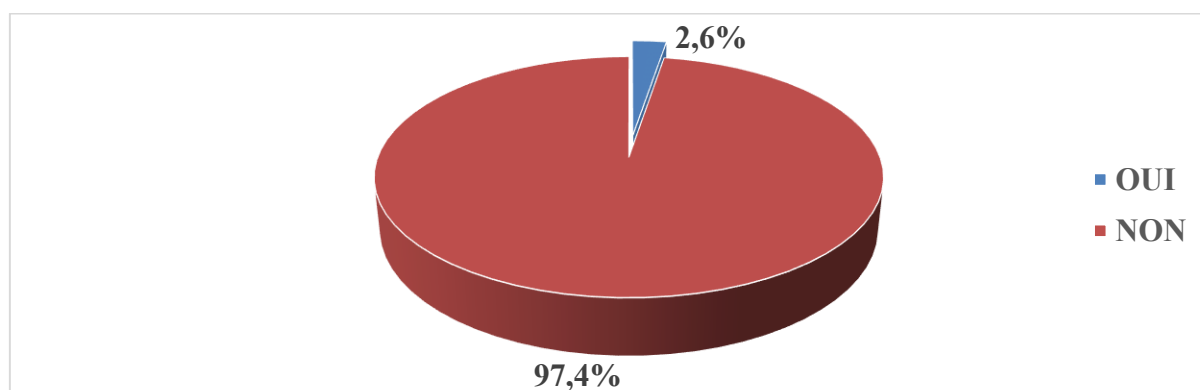


Figure 73 : Existence et type de diagnostic différentiel.

Dans notre série on a retrouvé 27 patients concernés par le diagnostic différentiel soit 2,6% des cas et il s'agit des lésions d'automutilations.

6.6.2. Caractéristiques morphologiques des lésions d'automutilation :

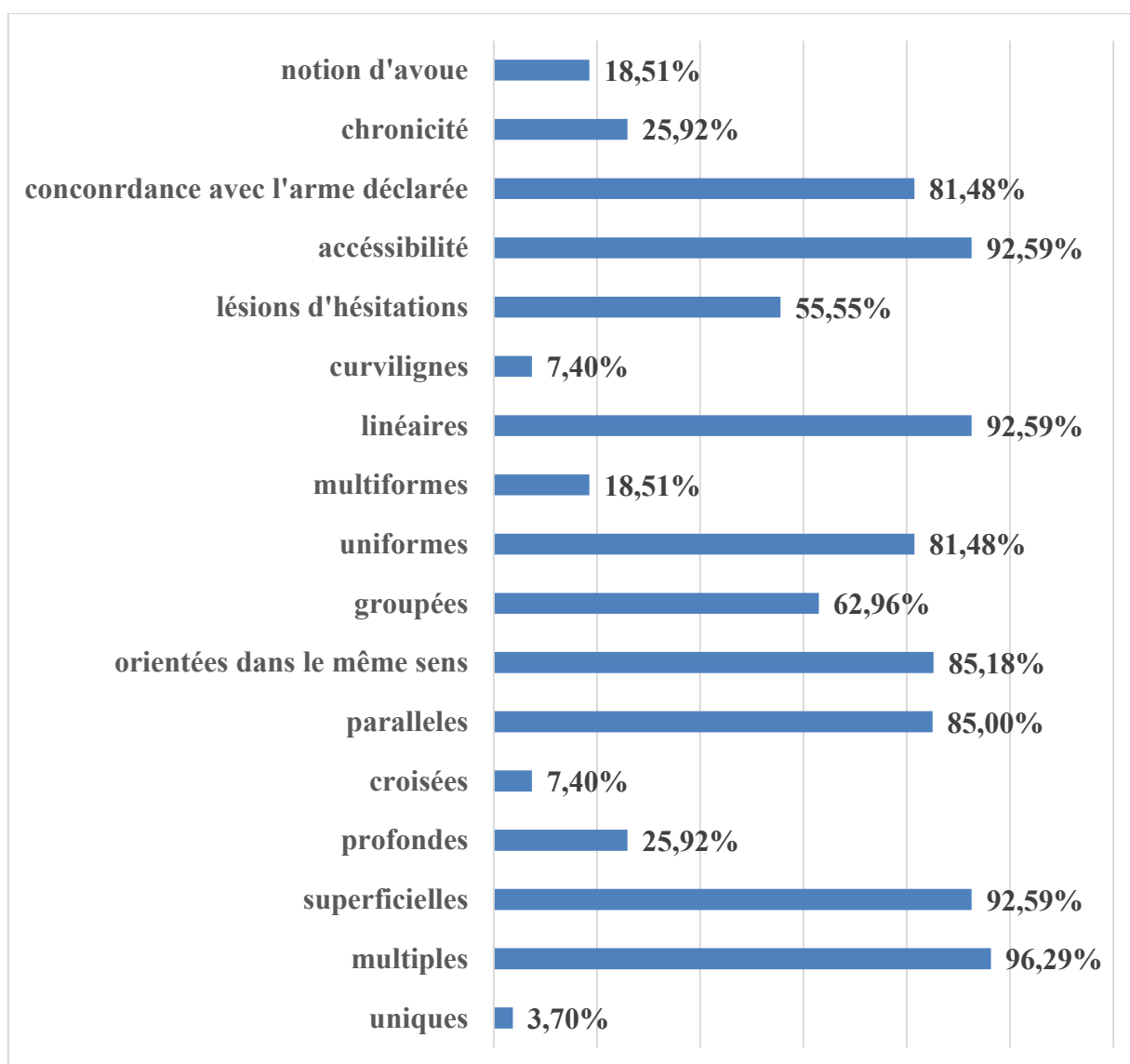


Figure 74 : Caractères morphologiques des lésions d'automutilations.

Les lésions d'automutilations retrouvées sont souvent multiples dans 96,29% des cas, superficielles dans 92,59% des cas généralement parallèles et orientées dans le même sens dans 85% des cas, uniformes dans 81,48% et groupée dans 62,96% des cas, souvent linéaires dans 92%.

L'existence de lésions d'hésitation est retrouvée dans la moitié des cas et l'accessibilité dans 92,59% des cas.

La notion de chronicité des lésions était retrouvée dans 25,92% des cas et il y a que 18,5% des cas qui ont avoués le caractère autoinfligé des lésions.

6.6.3. Siège des lésions d'automutilation :

Les lésions d'automutilations ont souvent de sièges multiples dans 44,44% des cas retrouvés, et les membres supérieurs et le tronc sont les plus touchés avec 25,95% et 22,22% des cas.

Le visage et le cou sont aussi touchés par ce genre de lésions avec des taux de 3,7% des cas pour les deux.

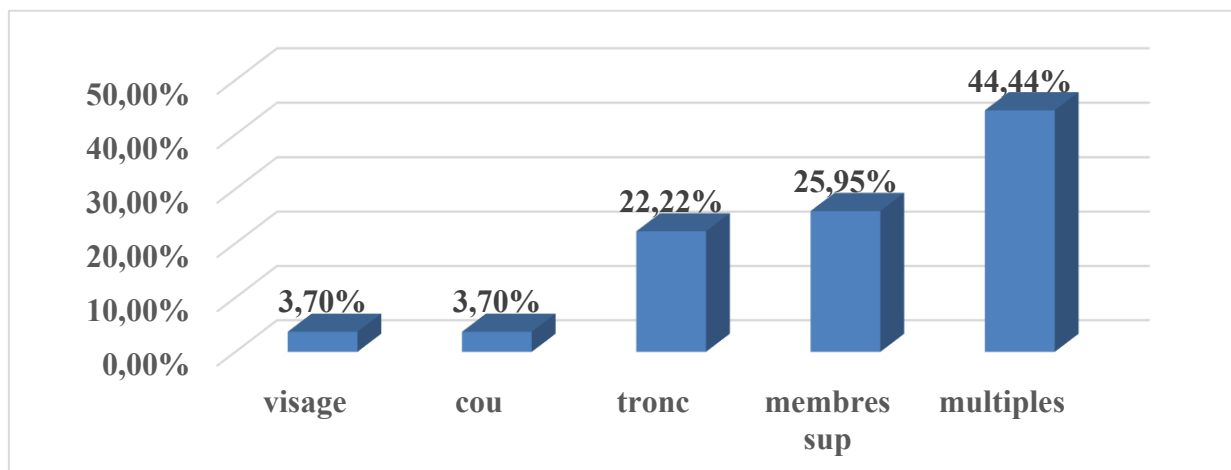


Figure 75 : Siège des lésions d'automutilations.

7. Les données relatives aux conséquences médico-judiciaires et sociales :

7.1. La durée d'ITT pénale :

Tableau 30 : Répartition des patients selon la durée de l'ITT pénale.

Durée de l'ITT	Effectif	Pourcentage
Nulle	1	0,1%
≤ 15jours	788	76%
> 15jours	245	23,6%
Non fixée	3	0,3%
Total	1037	100%

Chez les deux tiers des patients une incapacité totale de travail personnel est inférieure ou égale à 15 jours tandis que dans 23,6% des cas elle dépasse les 15 jours.

La durée moyenne de l'ITT fixée est de 13,93 +/- 11,46 avec des extrêmes allant de 0 à 90 jours.

7.2.L'incapacité partielle permanente :

Tableau 31 : Répartition selon la présence ou non d'incapacité partielle permanente.

Séquelles physiques ultérieures	Effectif	Pourcentage
Oui	241	23,2%
Non	796	76,8%
Total	1037	100

Les victimes pouvant avoir des séquelles ultérieures nécessitant une évaluation dans le cadre d'une expertise médico-judiciaire sont de l'ordre de 23,2% des cas.

7.3.Les séquelles définitives :

Tableau 32 : Répartition selon les séquelles définitives.

Séquelles définitives	Effectif	Pourcentage
Oui	14	1,4%
Non	1023	98,6%
Total	1037	100%

L'évaluation des victimes dans le cadre de la consultation médico-légale a permis de noter l'existence de 14 cas d'amputations donc 1,4% de cas de séquelles définitives notable préliminairement et pour le reste des victimes nécessitant une expertise médico-judiciaire ultérieurement de leur état de santé pour détecter les séquelles, ils n'ont pas pu être réévalué.

7.4. Le retentissement psychologique et sa nature :

Tableau 33 : Répartition selon le retentissement psychologique et sa nature.

Le retentissement psychologique	Effectif	Pourcentage
La peur	195	18,8%
L'isolement	7	0,7%
La vengeance	162	15,6%
Troubles alimentaires et du sommeil	50	4,8%
La colère	77	7,4%
Multiples	213	20,5%
Non concerné	334	32,2%
Total	1037	100%

La présence d'un retentissement psychologique aigu chez les patients est retrouvée dans 67,8% des cas à type de peur dans 18,8% des cas, l'envie de vengeance dans 15,6% des cas, la colère dans 7,4% des cas avec un pourcentage de 20,5% de retentissements multiples pour certains patients.

7.5. L'attitude envisagée :

Tableau 34 : Répartition selon l'attitude envisagée des patients.

Attitude envisagée	Effectif	Pourcentage
Déposer plainte	792	76,4%
Consulter un avocat	32	3,1%
Décider par la suite	188	18,1%
Rien faire	22	2,1%
Non Concerné	3	0,3%
Total	1037	100%

Selon le tableau, les trois quarts des victimes veulent déposer plaintes et dans 18,1% des cas décider par la suite où consulter un avocat dans 3,1% des cas.

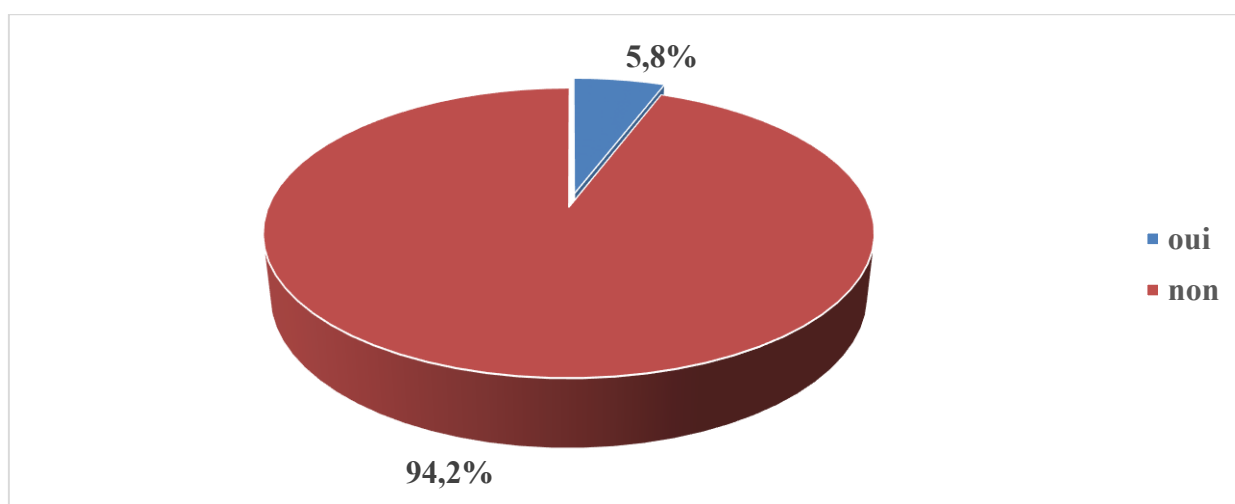
7.6. La présence de plainte antérieure si le même auteur :

Figure 76 : Répartition selon la présence d'une plainte antérieure si même auteur.

Il existe 60 patients soit 5,8% des cas ayant une plainte antérieure contre le même auteur de l'agression par arme blanche donc il s'agit de cas de violences répétées.

Analyses bivariées :

1. Répartition des victimes selon l'âge et le sexe :

Tableau 35 : Répartition des victimes selon le sexe et l'âge.

Le sexe de la victime						
L'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 18 ans	96	10,50%	8	6,50%	104	10%
18-30	466	51,00%	44	35,80%	510	49,20%
31-40	209	22,90%	37	30,10%	246	23,70%
41-50	75	8,20%	19	15,40%	94	9,10%
51-60	51	5,60%	13	10,60%	64	6,20%
> 60	17	1,90%	2	1,60%	19	1,80%
Total	914	100%	123	100%	1037	100%

Dans notre série, 61,50% des victimes hommes ont un âge jeune ne dépassant pas 30 ans comparés aux victimes femmes qui sont atteintes à un âge plus élevé supérieur à 40 ans dans plus de la moitié des cas ($p < 0,05$).

2. Répartition des victimes selon le statut matrimonial et le sexe :

Tableau 36 : Répartition des victimes selon le sexe et le statut matrimonial.

Le sexe de la victime						
Le statut Matrimonial	Homme		femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Célibataire	627	68,60%	30	24,40%	657	63,40%
Marié	267	29,20%	64	52,00%	331	31,90%
Divorcé	18	2,00%	29	23,60%	47	4,50%
Veuf	2	0,20%	0	0%	2	0,20%
Total	914	100%	123	100%	1037	100%

On observe que les hommes célibataires sont statistiquement plus violentés que les femmes, et que les femmes mariées sont significativement plus violentées que les hommes. ($p < 0,05$).

3. Répartition des victimes selon la profession et le sexe :

Tableau 37 : Répartition des victimes selon le sexe et la situation professionnelle.

Le sexe de la victime						
Le statut professionnel	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	76	8,30%	10	8,10%	86	8,30%
Employé	155	17,00%	2	1,60%	157	15,10%
Retraité	27	3,00%	2	1,60%	29	2,80%
Profession libérale	211	23,10%	1	0,80%	212	20,40%
Chômeur	310	33,90%	93	75,60%	403	38,90%
Étudiant	116	12,70%	14	11,40%	130	12,50%
Ouvrier	13	1,40%	1	0,80%	14	1,40%
Autres	6	0,70%	0	0%	6	0,60%
Total	914	100%	123	100%	1037	100%

Plus de la moitié des hommes sont en profession libérale ou chômeur alors que les femmes 87% étaient au chômage ou étudiantes, donc la population féminine violentée est beaucoup plus au chômage que les hommes. ($P < 0,05$).

4. Répartition des victimes selon le niveau d'étude et le sexe :

Tableau 38 : Répartition des victimes selon le sexe et le niveau d'instruction.

Le sexe de la victime						
Le niveau d'étude	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sans	13	1,40%	10	8,10%	23	2,20%
Primaire	114	12,50%	22	17,90%	136	13,10%
Moyen	479	52,40%	46	37,40%	525	50,60%
Secondaire	221	24,20%	32	26,00%	253	24,40%
Supérieur	87	9,50%	13	10,60%	100	9,60%
Total	914	100%	123	100%	1037	100%

Les hommes atteints ont beaucoup plus un niveau moyen alors que les femmes ont plus un niveau secondaire ou supérieur avec une différence significative. ($p < 0,05$).

5. Répartition des victimes selon les tranches d'âges et les habitudes toxiques et leurs natures :

Tableau 39 : Répartition des victimes selon l'âge et la présence d'antécédents toxiques.

L'âge	Antécédents toxiques					
	oui		non		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 18 ans	23	4,90%	81	14,20%	104	10,00%
18-30	284	61,10%	226	39,50%	510	49,20%
31-40	108	23,20%	138	24,10%	246	23,70%
41-50	34	7,30%	60	10,50%	94	9,10%
51-60	15	3,20%	49	8,60%	64	6,20%
> 60	1	0,20%	18	3,10%	19	1,80%
Total	465	100%	572	100%	1037	100%

Les victimes ayant des antécédents toxiques étaient majoritairement des jeunes compris entre 18 à 40 ans (84,3%) dont le caractère de poly consommation était noté et toujours la tranche d'âge concernée était les 18 à 30 ans dans les deux tiers des cas. ($p < 0,05$)

Tableau 40 : Répartition des victimes selon l'âge et le type des ATCD toxiques.

L'âge	Nature des antécédents toxiques							
	Tabagisme		Alcoolisme		Drogue		Toxicomanie	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<18 ans	18	4,60%	4	2,40%	6	5,40%	5	4,40%
18-30	237	60,50%	117	68,80%	73	65,80%	84	73,70%
31-40	93	23,70%	35	20,60%	23	20,70%	21	18,40%
41-50	29	7,40%	12	7,10%	9	8,10%	3	2,60%
51-60	14	3,60%	2	1,20%	0	0,00%	1	0,90%
> 60	1	0,30%	0	0,00%	0	0,00%	0	0%
Total	392	100%	170	100%	111	100%	114	100%

6. Répartition des victimes selon l'âge et les ATCD carcéraux :

Tableau 41 : Répartition des victimes selon l'âge et les ATCD carcéraux.

ATCD Carcéraux						
Tranches D'âge	Oui		Non		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
< 18 ans	0	0%	104	11,50%	104	10%
18-30	71	55%	439	48,30%	510	49,20%
31-40	40	31%	206	22,70%	246	23,70%
41-50	13	10,10%	81	8,90%	94	9,10%
51-60	3	2,30%	61	6,70%	64	6,20%
> 60	2	1,60%	17	1,90%	19	1,80%
Total	129	100%	908	100%	1037	100%

On constate qu'il n'y a pas de différence dans la tranche d'âge comprise entre 18 à 40 ans, qui est plus significative dans la tranche 30 à 40 ans. ($p < 0,05$).

7. Répartition des victimes selon la notion des violences répétées et le sexe et si c'est le même auteur :

Tableau 42 : Répartition des victimes selon les sexes et les violences antérieures subies et selon si récidive ou pas.

Le sexe	violences antérieures subies				violences antérieures même auteur				Total	
	Oui		Non		Oui		Non		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Homme	73	8%	841	92%	45	4,9%	869	95,07%	914	100%
Femme	67	54,5%	56	45,5%	67	54,5%	56	45,5%	123	100%

On note que 67 femmes du nombre total des femmes de notre série qui est de 123 soit 54,5% sont victimes de violences répétées et par le même auteur donc les femmes sont beaucoup plus violentées à répétition que les hommes et par le même auteur. ($P < 0,05$).

8. Répartition du lien entre auteurs et victimes selon les violences antérieures subies et les violences par le même auteur :

Tableau 43 : Répartition du lien avec l'auteur selon les violences antérieures subies et si récidive ou pas.

Le lien avec l'auteur	Violences antérieures subies Oui		Violences antérieures même auteur : Oui	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
voisin	42	30%	31	27,7%
conjoint	53	37,9%	53	47,3%
famille	17	12,10%	16	14,30%
ami	4	2,9%	2	1,8%
collègue	0	0%	0	0%
aucun	19	13,6%	8	7,10%
autres	5	3,6%	2	1,8%
Total	140	100%	112	100%

La comparaison du lien avec l'auteur selon les violences antérieures et si c'est le même auteur et en confrontation avec le tableau précédent a révélé que les violences conjugales récidivantes sont significativement plus élevés par rapport aux violences antérieures et par le même auteur et concernent les femmes dans 53 cas soit 47,3% ($P < 0,05$).

9. Répartition des plaintes antérieures si même auteur selon le sexe :

Tableau 44 : Répartition des victimes selon le sexe et la plainte antérieure si même auteur.

Le sexe de la victime			
Plainte antérieure si même auteur	Homme Oui	Femme Oui	Total
Effectif	34	26	60
Pourcentage	3,70%	21,10%	5,80%
Total	914	123	1037

Dans l'effectif féminin, 21,1% des femmes sont victimes de violences répétées et ont des plaintes antérieures contre leurs mêmes auteurs. ($P < 0,05$).

10. Répartition du lien avec l'auteur selon les plaintes antérieures si même auteur :**Tableau 45 :** Répartition du lien avec l'auteur et les plaintes antérieures si même auteur.

Plainte antérieure si même auteur						
Le lien avec l'auteur	Oui		Non		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voisin	22	36,70%	329	33,70%	351	33,80%
Conjoint	21	35%	39	4,00%	60	5,80%
Famille	5	8,30%	69	7,10%	74	7,10%
Ami	2	3,30%	82	8,40%	84	8,10%
Collègue	0	0%	12	1,20%	12	1,20%
Aucun	9	15%	433	44,3%	442	42,60%
Autres	1	1,70%	13	1,30%	14	1,40%
Total	60	100%	977	100%	1037	100%

Les violences conjugales avec présence d'une plainte antérieure donc récidives sont retrouvées chez 21 cas soit 35% des violences conjugales.

Dans les conflits de voisinage on a 22 cas soit 36,7% de plaintes antérieures, et 5 cas soit 8,3% dans les violences familiales. ($p < 0,05$).

11. Répartition de l'attitude envisagée par les victimes selon le sexe :**Tableau 46 :** Répartition des victimes selon le sexe et l'attitude envisagée.

Le sexe de la victime						
Attitude envisagée	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Déposer plainte	721	78,90%	71	57,70%	792	76,40%
Consulter un avocat	6	0,70%	26	21,10%	32	3,10%
Décider par la suite	165	18,10%	23	18,70%	188	18,10%
Rien faire	20	2,20%	3	2,40%	23	2,20%
Non Concerné	2	0,20%	0	0%	2	0,20%
Total	914	100%	123	100%	1037	100,00%

L'attitude envisagée pour les deux sexes est de déposer plainte dans 78,9% des hommes et 57,7% des femmes et elle est statistiquement plus élevée chez les hommes que les femmes.

Les hommes savaient ce qu'ils voulaient soit déposer plainte ou décider par la suite par contre les femmes étaient divisées entre soit déposer plainte, soit décider par la suite ou consulter un avocat. ($p < 0,05$).

12. Répartition du lien entre auteur et victime selon le sexe :

Tableau 47 : Répartition des victimes selon le sexe et le lien avec l'auteur.

Le sexe de la victime						
Le lien avec l'auteur	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voisin	324	35,40%	27	22,00%	351	33,80%
Conjoint	3	0,30%	57	46,30%	60	5,80%
Famille	55	6,00%	19	15,40%	74	7,10%
Ami	75	8,20%	9	7,30%	84	8,10%
Collègue	12	1,30%	0	0,00%	12	1,20%
Aucun	432	47,30%	10	8,10%	442	42,60%
Autres	13	1,40%	1	0,80%	14	1,40%
Total	914	100%	123	100%	1037	100%

Pour les hommes, Il n'a pas de lien entre victime et auteur dans presque la moitié des cas (47,3%), et dans 35,4% des cas s'étaient un voisin.

Pour les femmes, les violences conjugales étaient les plus fréquentes à 46,3% des cas, suivies par les conflits de voisinage dans 22% des cas et les violences intrafamiliales dans 15,4% des cas. ($p < 0,05$).

13. Répartition du retentissement psychologique et sa nature selon sexe des victimes :**Tableau 48 :** Répartition des victimes selon le sexe et le retentissement psychologique.

Le sexe	Retentissement psychologique					
	Oui		Non		Total	
	Effectif	Pourcentage	effectif	pourcentage	Effectif	pourcentage
Homme	594	65%	320	35%	914	100%
Femme	108	87,80%	15	12,20%	123	100%
Total	702	67,70%	335	32,30%	1037	100%

Les deux sexes sont concernés par le retentissement psychologique des suites des agressions mais les femmes sont statistiquement plus affectées que les hommes dans 87,8% des cas.

Tableau 49 : Répartition des victimes selon le sexe et la nature du retentissement psychologique.

Nature du Retentissement psychologique	Le sexe de la victime					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Peur	152	16,60%	43	35%	195	18,80%
Isolement	7	0,80%	0	0%	7	0,70%
Vengeance	158	17,30%	4	3,30%	162	15,60%
Troubles alimentaires et du sommeil	45	4,90%	5	4,10%	50	4,80%
Collier	74	8,10%	3	2,40%	77	7,40%
Multiples	159	17,40%	54	43,90%	213	20,50%
Non Concerné	319	34,90%	14	11,40%	333	32,10%
Total	914	100%	123	100%	1037	100%

La nature du retentissement psychologique chez les femmes concerne plus fréquemment des sentiments multiples dans 43,9% suivie par la peur, comparées aux hommes dont la vengeance était statistiquement plus élevée que pour les femmes. ($p < 0,05$).

14. Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et l'attitude envisagée :**Tableau 50 :** Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et l'attitude envisagée.

Le lien avec l'auteur	Attitude envisagée									
	Déposer plainte		Consulter un avocat		Décider par la suite		Rien faire		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Voisin	277	78,9%	3	0,9%	65	18,5%	6	1,7%	351	33,8%
Conjoint	31	51,7%	1	35%	8	13,3%	0	0%	60	5,8%
Famille	35	47,3%	4	5,4%	29	39,2%	6	24,00%	74	7,1%
Ami	39	46,4%	0	0%	37	44%	8	32,00%	84	8,1%
Collègue	10	83,30%	0	0%	2	16,7%	0	0%	12	1,2%
Aucun	389	88%	4	0,9%	45	10,2%	4	16,00%	442	42,6%
Autres	11	78,6%	0	0%	2	14,3%	1	4%	14	1,4%
Total	792	100%	32	100%	188	100%	25	100%	1037	100%

Dans les conflits de voisinages, les victimes veulent déposer plainte dans 78,9% des cas ou réfléchir et décider par la suite dans 18,5% des cas.

Pour les violences conjugales, la décision de déposer plainte était retrouvée dans 51,7% des cas sinon consulter un avocat dans 35% des cas.

Lorsque l'auteur est un membre de la famille ou un ami, l'attitude des victimes était de déposer plainte dans presque la moitié des cas (47,3% et 46,4%) ou de décider par la suite dans 39,2% et 44% des cas.

Dans la violence en milieu de travail et la violence sans lien entre l'auteur et la victime comme dans le cas des vols, la décision est majoritairement pour le dépôt de plainte avec 83,3% et 88% des cas. ($p < 0,05$).

15. Répartition des victimes selon le sexe et le diagnostic différentiel :**Tableau 51 :** Répartition des victimes selon le sexe et le diagnostic différentiel.

Diagnostic différentiel						
Le sexe	Oui		Non		Total	
	Effectif	pourcentage	Effectif	pourcentage	effectif	pourcentage
Homme	19	70,40%	895	88,60%	914	88,10%
Femme	8	29,60%	115	11,40%	123	11,90%
Total	27	100%	1010	100%	1037	100%

Les deux tiers des patients concernés par un diagnostic différentiel sont des hommes (70,4%) et 29,6% des femmes. ($P < 0,05$).

16. Répartition du nombre des lésions selon les lésions profondes associées :**Tableau 52 :** Répartition des victimes selon le nombre des lésions et l'association de lésions profondes.

Les lésions profondes associées						
Le nombre des lésions	Oui		Non		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	pourcentage	Effectif	Pourcentage
Unique	128	55,90%	308	38,10%	436	42%
Multipl es	101	44,10%	500	61,90%	601	58%
Total	229	100%	808	100%	1037	100%

Les plaies uniques sont responsables de 55,9% des lésions profondes retrouvées. ($p < 0,05$).

17. Répartition de l'ITT selon le nombre de lésions :**Tableau 53 :** Répartition des victimes selon le nombre des lésions et la durée de l'ITT.

Durée de l'ITT								
Le nombre des lésions	≤15jours		> 15jours		non délivrée		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Unique	306	38,80%	130	52,80%	0	0%	436	42%
Multiples	482	61,20%	116	47,20%	3	100%	601	58%
Total	788	100%	246	100%	3	100%	1037	100%

Les victimes avec des lésions uniques ont bénéficiés de 52,8% du total des ITT >15jours et les lésions multiples ont bénéficiés de 61,2% du total des ITT ≤15 jours. (p<0,05).

18. Répartition des victimes selon le moment des faits et le lien avec l'auteur :**Tableau 54 :** Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et le moment des faits.

Moment des faits						
Le lien avec l'auteur		Matin	Après-midi	Soir	Non précisé	Total
Voisin	Effectif	60	137	154	0	351
	Pourcentage	17,10%	39%	43,90%	0%	100%
Conjoint	Effectif	18	23	19	0	60
	Pourcentage	30%	38,3%	31,7%	0%	100%
Famille	Effectif	24	24	26	0	74
	Pourcentage	32,40%	32,40%	35,10%	0%	100%
Ami	Effectif	17	26	40	1	84
	Pourcentage	20,20%	31%	47,60%	1,2%	100%
Collègue	Effectif	6	6	0	0	12
	Pourcentage	50%	50%	0,00%	0%	100%
Aucun	Effectif	105	152	185	0	442
	Pourcentage	23,80%	34,40%	41,90%	0%	100%
Autres	Effectif	3	7	4	0	14
	Pourcentage	21,40%	50%	28,60%	0%	100%
Total	Effectif	233	375	428	1	1037
	Pourcentage	22,5%	36,2%	41,3%	0,10%	100%

L'agression par un voisin sont survenues généralement le soir dans 43,9% des cas ou l'après-midi dans 39% des cas.

Les violences conjugales surviennent à tout moment de la journée avec une petite prédominance dans l'après-midi avec 38,3% des cas, de même pour les violences familiales mais la prédominance est le soir avec 35,1% des cas.

Les violences entre amis surviennent surtout le soir avec 40,6% et les violences en milieu de travail surviennent à moitié égale le matin et l'après-midi avec 50%.

Les agressions sans aucun lien entre l'auteur et la victime sont survenues essentiellement le soir avec 41,9% des cas. ($p < 0,05$).

19. Répartition de l'âge de l'auteur selon les antécédents personnels :

Tableau 55 : Répartition des victimes selon l'âge des auteurs et les antécédents personnels.

		Les Antécédents personnels			
Age de l'auteur		Psychiatrique	Toxicologique	Carcéraux	Total
<18ans	Effectif	0	11	3	11
	Pourcentage	0%	100%	27,30%	
18-30ans	Effectif	7	336	151	344
	Pourcentage	2,00%	97,70%	43,90%	
31-40ans	Effectif	6	150	73	158
	Pourcentage	3,80%	94,90%	46,20%	
41-50ans	Effectif	2	27	12	28
	Pourcentage	7,10%	96,40%	42,90%	
51-60 ans	Effectif	0	8	2	8
	Pourcentage	0%	100,%	25%	
> 60 ans	Effectif	0	4	2	4
	Pourcentage	0%	100%	50%	
Multiples	Effectif	2	45	27	48
	Pourcentage	4,20%	93,80%	56,20%	
Méconnu	Effectif	0	2	2	2
	Pourcentage	0%	100%	100%	
Total	Effectif	17	583	272	603
	Pourcentage	2,80%	96,70%	45,10%	100%

On remarque selon les pourcentages retrouvés que beaucoup d’auteurs de notre série ont des antécédents toxicologiques, carcéraux et parfois psychiatrique associés.

Les antécédents toxicologiques sont statistiquement plus significatifs pour toutes les tranches d’âges par rapport aux autres antécédents.

Les auteurs de 19 à 50 ans ont des taux supérieurs à 94% pour la consommation toxicologique et supérieure à 42% pour l’antécédent carcéral. ($p < 0,05$).

20. Répartition de l’âge des auteurs selon le type des antécédents toxiques :

Tableau 56 : Répartition des auteurs selon l’âge et le type des antécédents toxicologique.

		Type des antécédents toxiques				
Age de l’auteur		Tabagisme	Drogue	Alcool	Toxicomanie	Total
< 18ans	Effectif	7	9	6	5	11
	Pourcentage	63,60%	81,80%	54,50%	45,50%	
18-30ans	Effectif	174	282	274	247	336
	Pourcentage	51,80%	83,90%	81,50%	73,50%	
31-40ans	Effectif	83	116	112	107	150
	Pourcentage	55,30%	77,30%	74,70%	71,30%	
41-50ans	Effectif	18	16	19	19	27
	Pourcentage	66,70%	59,30%	70,40%	70,40%	
51-60 ans	Effectif	7	1	2	0	8
	Pourcentage	87,50%	12,50%	25,00%	0%	
> 60 ans	Effectif	4	2	2	2	4
	Pourcentage	100%	50%	50%	50%	
Multiples	Effectif	28	40	39	30	45
	Pourcentage	62,20%	88,90%	86,70%	66,70%	
Méconnu	Effectif	1	2	2	1	2
	Pourcentage	50%	100%	100%	50%	
Total	Effectif	322	468	456	411	583
	% du total	55,20%	80,30%	78,20%	70,50%	100%

Selon les pourcentages observés dans le tableau ci-dessus, on remarque le caractère de poly-consommation de produits toxicologiques chez les tranches d’âge entre 18 à 40 ans avec des taux supérieurs aux deux tiers de l’effectif pour chaque tranche (83,9%, 81,5%, 73,5% ...) concernant la consommation de drogue et cannabis, d’alcool et de toxicomanie.

Pour les auteurs inférieurs à 18 ans, la tendance de la poly-consommation va vers l'association du cannabis et l'alcool avec 81,8% et 54,5% de l'effectif.

Les plus de 40 ans penchent plus vers la consommation de tabac, d'alcool et plus ou moins la toxicomanie. ($P < 0,05$).

21. Répartition des auteurs selon l'âge et le motif des faits :

Tableau 57 : Répartition des auteurs selon l'âge et le motif des violences.

MOTIF											
Age de l'auteur		Drogue	Rixe	Venge ance	Vol	Motif financier	Maladie mentale	Violence conjugale	Non précisé	Autre	Total
<18ans	Eff	0	23	3	5	0	0	0	2	0	33
	%	0%	69,7%	9,10%	15,2%	0%	0%	0%	6,10%	0%	
18-30ans	Eff	34	249	69	201	51	1	9	37	2	612
	%	5,60%	40,7%	11,3%	32,8%	8,30%	0,20%	1,50%	6,00%	0,3%	
31-40ans	Eff	13	128	39	25	27	2	29	13	4	223
	%	5,80%	57,4%	17,5%	11,2%	12,1%	0,90%	13,00%	5,80%	1,8%	
41-50ans	Eff	1	33	10	1	4	0	10	1	2	48
	%	2,10%	68,8%	20,8%	2,10%	8,30%	0,00%	20,80%	2,10%	4,2%	
51-60 ans	Eff	0	10	5	0	3	0	3	0	0	17
	%	0%	58,8%	29,4%	0%	17,6%	0,00%	17,60%	0,00%	0%	
> 60 ans	Eff	0	3	0	0	1	0	2	1	0	5
	%	0%	60%	0%	0%	20%	0%	40%	20%	0%	
Multiples	Eff	3	49	5	24	7	0	0	3	1	85
	%	3,50%	57,6%	5,90%	28,2%	8,20%	0,00%	0,00%	3,50%	1,2%	
Méconnu	Eff	0	3	0	7	2	0	0	2	0	13
	%	0%	23,1%	0%	53,8%	15,4%	0%	0%	15,40%	0%	
Total	Eff	51	498	131	263	95	3	53	59	9	1037
	%	4,90%	48,1%	12,6%	25,4%	9,20%	0,30%	5,10%	5,70%	0,9%	100%

Le motif de rixe était présent dans presque plus de la moitié des effectifs de toutes les tranches d'âges des auteurs, le vol était le motif dans 32,8% des auteurs âgés entre 18 à 30 ans et dans 15,2% des auteurs dont l'âge est inférieur à 18 ans. Dans les violences conjugales, les auteurs avaient des âges compris entre 31 à 50 ans dans 73,5% des cas. ($P < 0,05$).

La violence mortelle par arme blanche :

Analyses descriptives

1. Fréquence :

Tableau 58 : La fréquence de la violence mortelle par arme blanche durant la période de l'étude.

Décès par armes blanches			Les autres autopsies		Total	
Année	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
2021	7	2,55%	267	97,45%	274	100%
2022	13	4,75%	235	95,25%	248	100%
Total	20	3,83%	502	96,17%	522	100%

Le nombre total des autopsies médico-judiciaires réalisées au sein de l'unité de thanatologie du service de médecine légale du CHU d'Annaba durant la période des deux années de l'étude 2021 et 2022 est de 522 autopsies dont 20 cas de morts violentes par armes blanches soit une fréquence de 3,83% des cas sur deux ans.

Les fréquences annuelles de la violence mortelle par armes blanches durant la période de l'étude comme illustrées dans le tableau 58, montrent un taux de 2,55% en 2021 et 4,75% en 2022.

2. Les données sociodémographiques des victimes :

2.1. Le sexe :

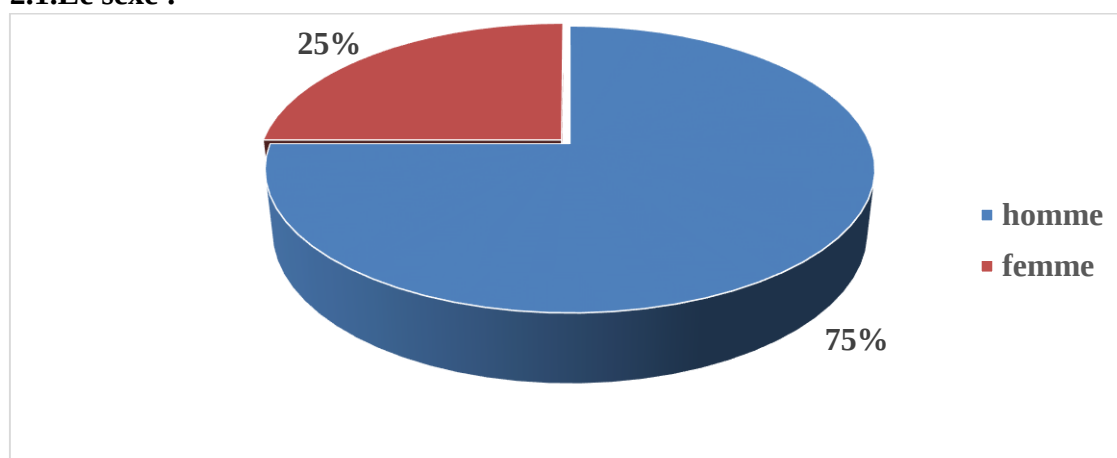


Figure 77 : Répartition des victimes selon le sexe.

Les trois quarts des victimes sont des hommes dans 75% des cas.

2.2. Classes d'âge :

Tableau 59 : Répartition des victimes selon les classes d'âge.

Classes d'âge	Effectif	Pourcentage
18-30	5	25%
31-40	6	30%
41-50	4	20%
51-60	2	10%
> 60	2	10%
Méconnu	1	5%
Total	20	100%

Plus de la moitié des victimes de notre série sont des jeunes adultes âgées de 18 à 40 ans dans 55% des cas, et 20% des cas de 41 à 50 ans.

On note deux cas soit 10% de sujets âgés supérieurs à 60 ans et un cas non identifié et son âge était méconnu représentant 5% des cas.

2.3. La provenance des victimes :

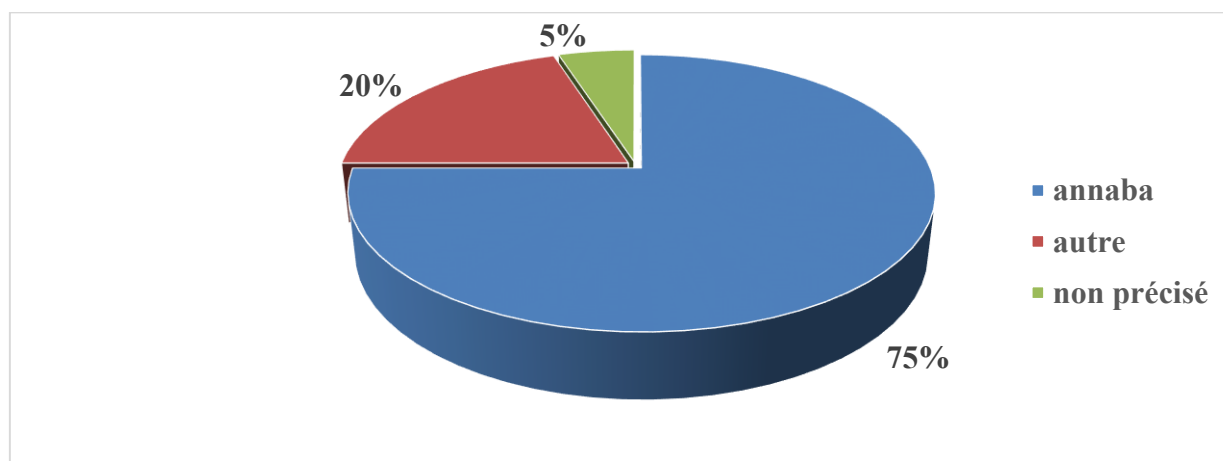


Figure 78 : Répartition des victimes selon l'adresse de provenance.

La majorité des victimes sont originaires et résidents à la wilaya d'Annaba, 20% proviennent des wilayas limitrophes, et on a un cas méconnu.

2.4.Type et nature d'habitat :

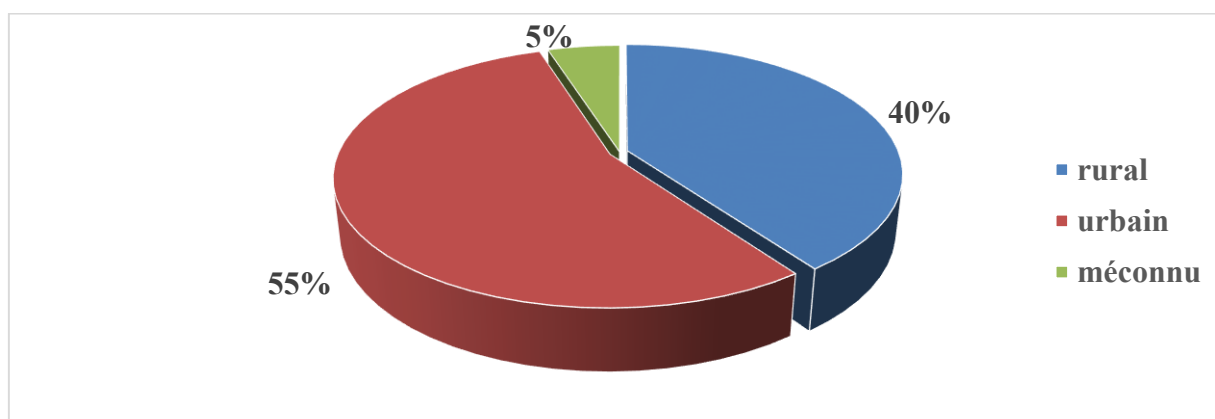


Figure 79 : Répartition des victimes selon le type d'habitat.

Tableau 60 : Répartition des victimes selon la nature d'habitat.

Nature d'habitat	Effectif	Pourcentage
Appartement	11	55%
Villa	1	5%
Maison individuelle	3	15%
Bidonville	4	20%
Méconnu	1	5%
Total	20	100%

Plus de la moitié des victimes soit 55% des cas proviennent d'un milieu urbain dont la nature d'habitation la plus fréquente était l'appartement dans 55% des cas suivie des bidonvilles dans 20% des cas.

Le milieu rural représente 40% des cas avec comme nature d'habitation la maison individuelle dans 15% des cas.

2.5.Statut matrimonial :

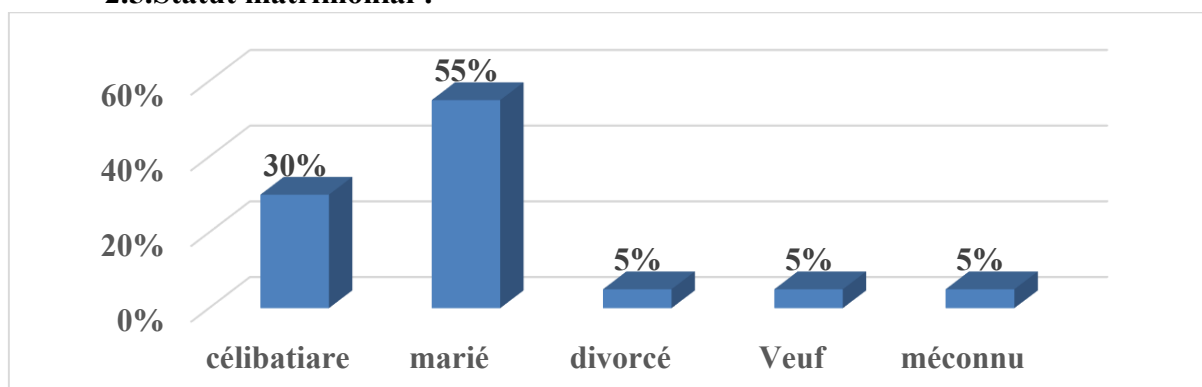


Figure 80 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial.

Les victimes sont mariées dans 55% des cas et célibataire dans 30% des cas.

2.6.Niveau d'instruction :

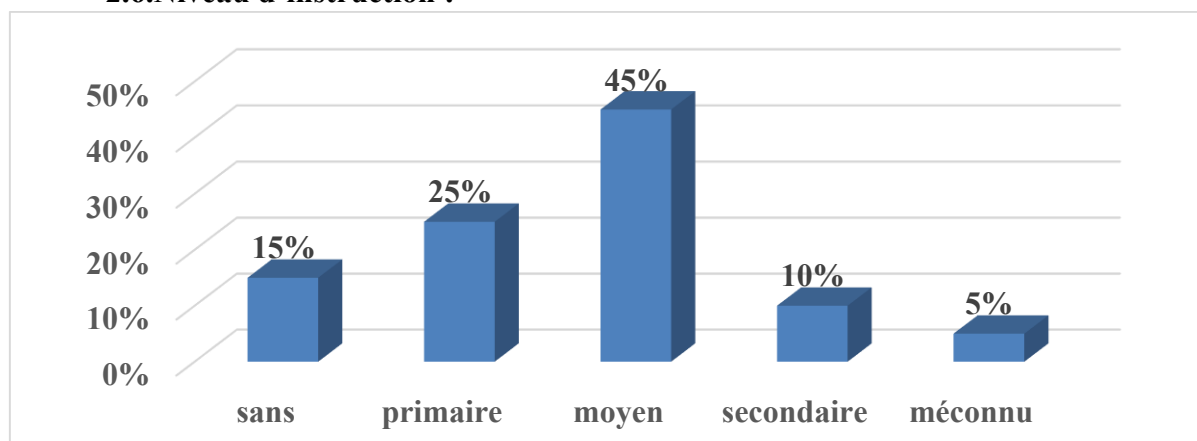


Figure 81 : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction.

La majorité des victimes ont un niveau d'instruction bas ne dépassant pas le niveau moyen dans 85% des cas.

2.7.Situation professionnelle :

Tableau 61 : Répartition des victimes selon le statut professionnel.

Statut professionnel	Effectif	Pourcentage
Ouvrier	2	10%
Retraité	2	10%
Prof libérale	3	15%
Chômeur	12	60%
Méconnu	1	5%
Total	20	100%

La situation professionnelle prédominante dans notre série concerne les chômeurs dans 60% des cas suivie des professions libérales dans 15% des cas.

2.8.Les antécédents personnels :

Tableau 62 : Répartition des victimes selon la présence ou non d'ATCD personnels.

ATCD personnel	Effectif	Pourcentage
Oui	8	40%
Non	11	55%
Méconnu	1	5%
Total	20	100%

Tableau 63 : Répartition des victimes selon la nature des ATCD dans l'effectif général.

ATCD personnels	Effectif	Pourcentage dans l'effectif total
ATCD Psychiatrique	2	10%
ATCD Toxicologiques	7	35%
ATCD Carcéraux	4	20%

Dans notre série, 40% des victimes présentent des antécédents personnels et il est à noter que pour une même victime on peut avoir l'association de plusieurs antécédents.

Les antécédents toxicologiques sont retrouvés dans 35% des cas, carcéraux dans 20% des cas et psychiatrique dans 10% des cas.

2.9. Les violences antérieures subies :

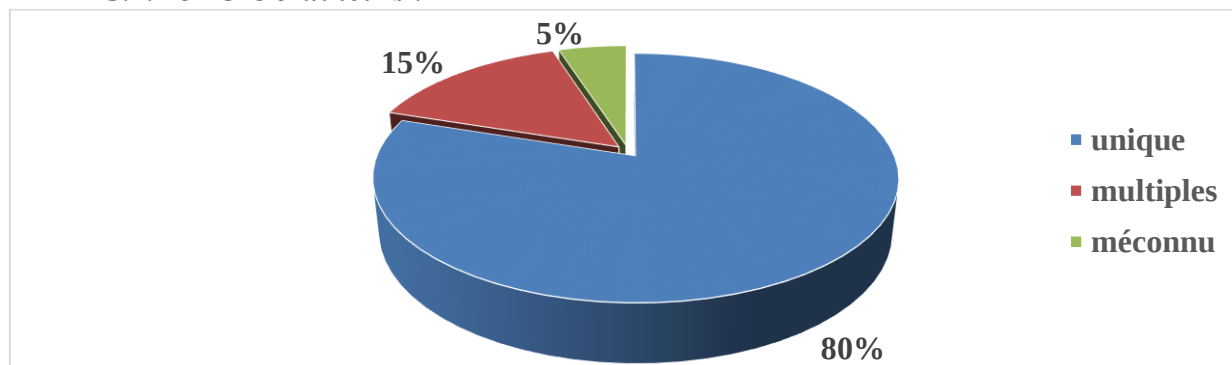
Tableau 64 : Répartition des victimes selon l'existence de violences antérieures, même auteur et leur type.

	Effectif	Pourcentage
Violences antérieures subies	5	25%
la violence antérieure par le même auteur	5	25%
Type des violences		
Verbale	1	5%
Diverses	4	20%

On n'a retrouvé que 5 victimes soit 25% des cas avec des violences antérieures et par le même auteur et généralement de diverses natures dans 20% des cas

3. Les données sociodémographiques des auteurs :

3.1. Nombre d'auteurs :

**Figure 82** : Répartition selon le nombre d'auteurs.

La majorité des violences mortelles par armes blanches sont réalisées par un seul auteur.

3.2. Classes d'âge :

Tableau 65 : Répartition des auteurs selon les classes d'âge.

Classes d'âge	Effectif	Pourcentage
<18ans	1	5%
18-30ans	8	40%
31-40ans	8	40%
41-50ans	1	5%
méconnu	2	10%
Total	20	100%

Les auteurs incriminés dans les violences mortelles par armes blanches sont des jeunes adultes âgés entre 18 à 40ans dans 80% des cas.

3.3. Type d'habitat :

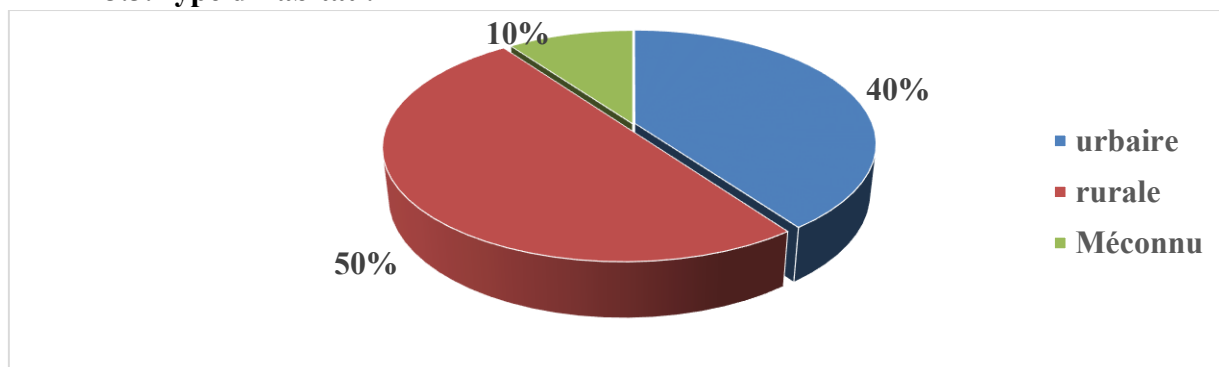


Figure 83 : Répartition des auteurs selon le type d'habitation.

La moitié des auteurs proviennent d'un milieu rural et 40% d'un milieu urbain.

3.4. Statut matrimonial :

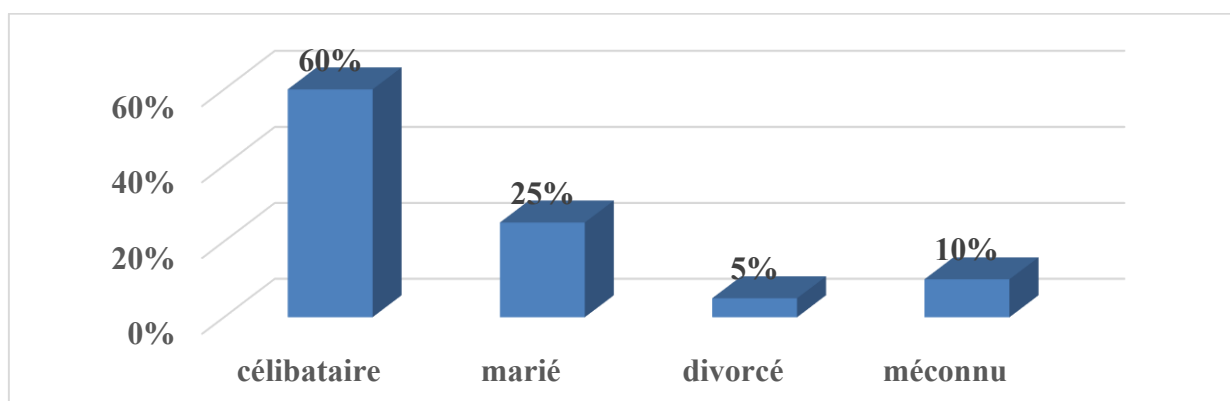


Figure 84 : Répartition des auteurs selon le statut matrimonial.

Presque les deux tiers des auteurs sont célibataires dans 60% des cas et mariés dans 3 cas soit 25%.

3.5.Niveau d'instruction :

Tableau 66 : Répartition des auteurs selon le niveau d'instruction.

Niveau d'étude de l'auteur	Effectif	Pourcentage
Sans	1	5%
Primaire	3	15%
Moyen	8	40%
Méconnu	8	40%
Total	20	100%

Le niveau d'instruction faible est retrouvé dans 60% des cas, ne dépassant pas le niveau moyen.

3.6.Statut professionnel :

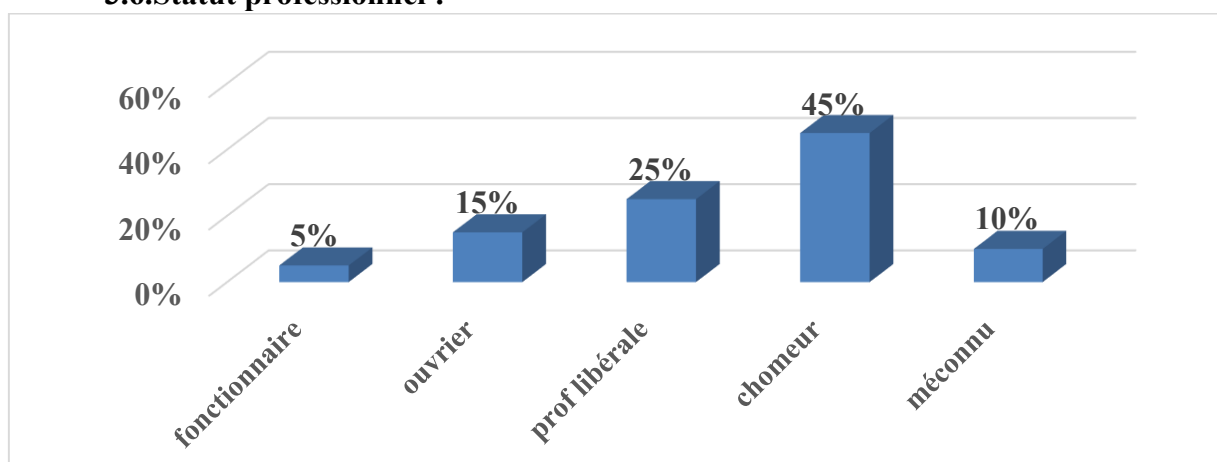


Figure 85 : Répartition des auteurs selon le statut professionnel.

Presque la moitié des auteurs 45% sont des chômeurs et dans 25% des cas exerçant une profession libérale.

3.7.Les antécédents personnels :

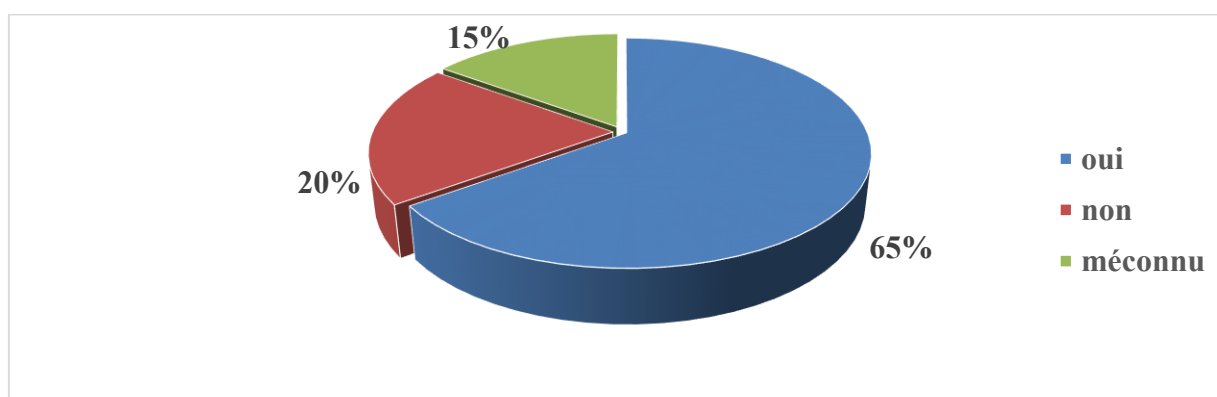


Figure 86 : Répartition des auteurs selon la présence d'antécédents personnels.

Tableau 67 : Répartition des auteurs selon la nature des ATCD personnels.

ATCD	Effectif	Pourcentage dans l'effectif total
Psychiatrique	2	10%
Toxicologique	12	60%
Carcéraux	4	20%

Les deux tiers des auteurs soient 65% des cas, présentent des antécédents personnels.

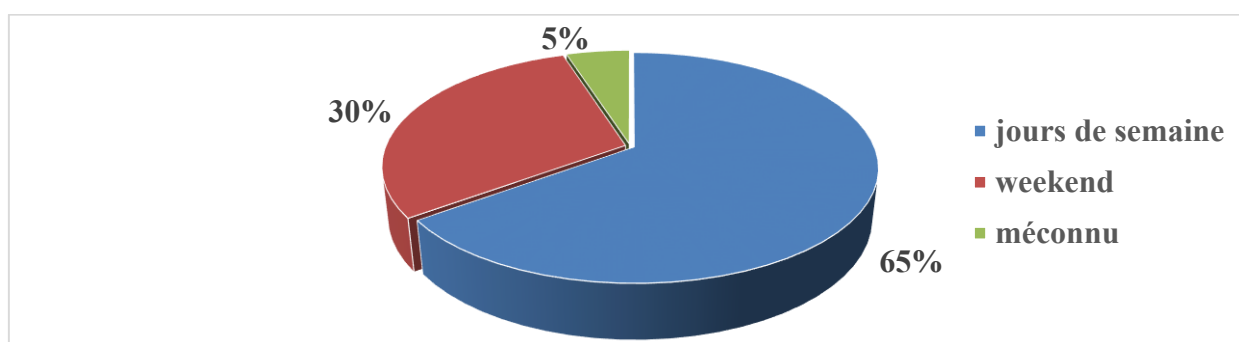
On note l'existence d'association de plusieurs antécédents pour un seul auteur.

On a retrouvé 2 cas souffrant de troubles psychiatriques chroniques soit 10% des cas, et 4 cas ayant un passé judiciaire soit 20% des cas.

La consommation toxicologique est retrouvée dans 60% des auteurs.

4. Les données relatives aux circonstances de production des violences :

4.1. Jours et moments des faits :

**Figure 87** : Répartition des faits selon le jour de survenu.**Tableau 68** : Répartition des faits selon le moment de survenu.

Moment des faits	Effectif	Pourcentage
Matin	7	35%
Après-midi	6	30%
Soir	6	30%
Méconnu	1	5%
Total	20	100%

Les jours de semaines sont les plus concernées par la violence mortelle par armes blanches à 65% des cas et qui survient à tout moment de la journée avec une petite prédominance matinale dans 35% des cas.

4.2.Lieu des faits :

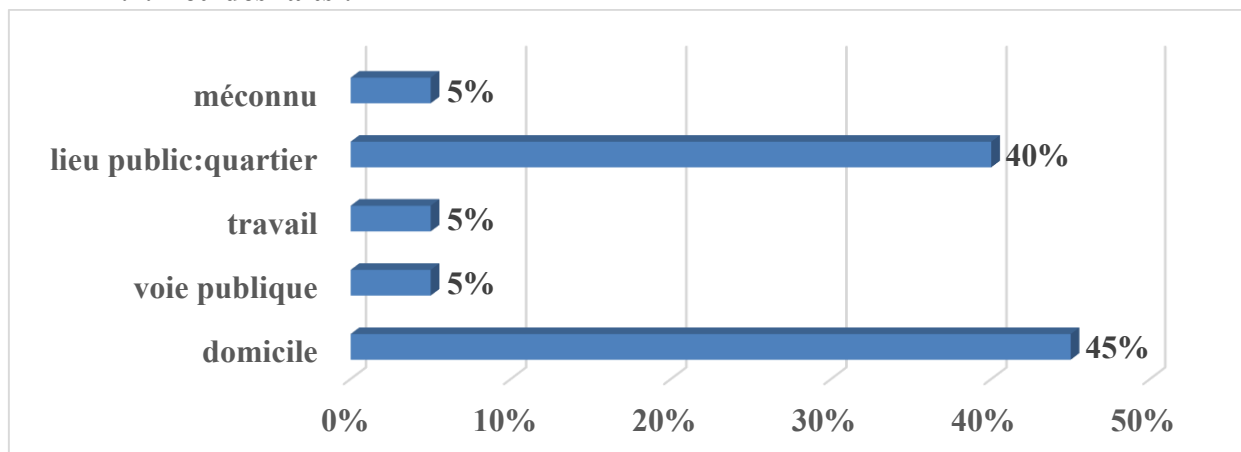


Figure 88 : Répartition selon le lieu des faits.

Le domicile familial et le lieu public surtout le quartier sont les sièges de prédilection pour les violences mortelles par armes blanches dans notre série retrouvée dans 45% et 40% des cas.

4.3.Lieu du décès :

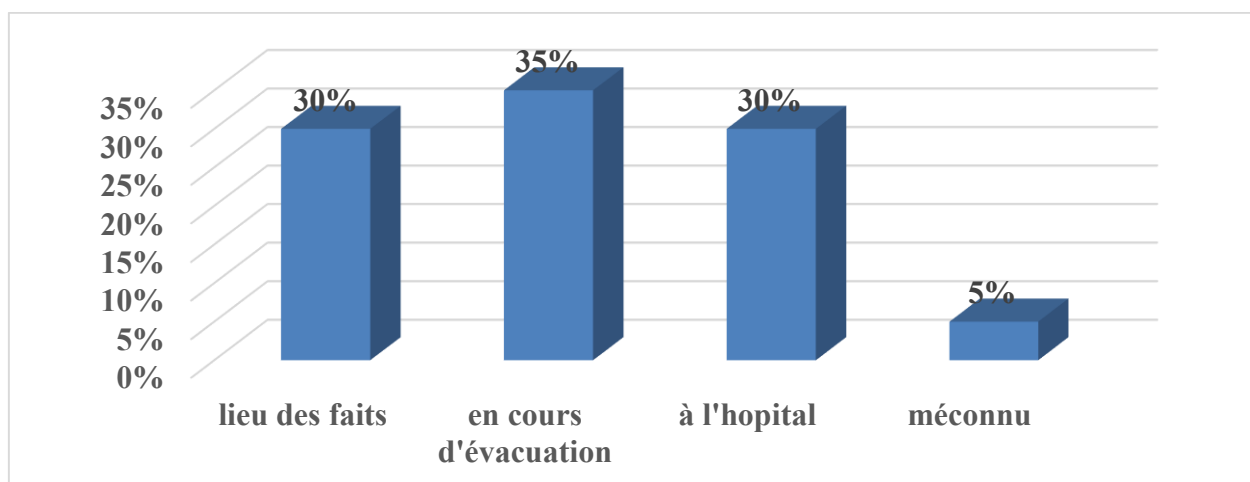


Figure 89 : Répartition selon le lieu du décès.

Une petite prédominance par un cas pour les décès en cours d'évacuation à 35% des cas puis à pourcentage égale de 30% pour le lieu des faits et l'hôpital.

4.4.Motifs des faits :

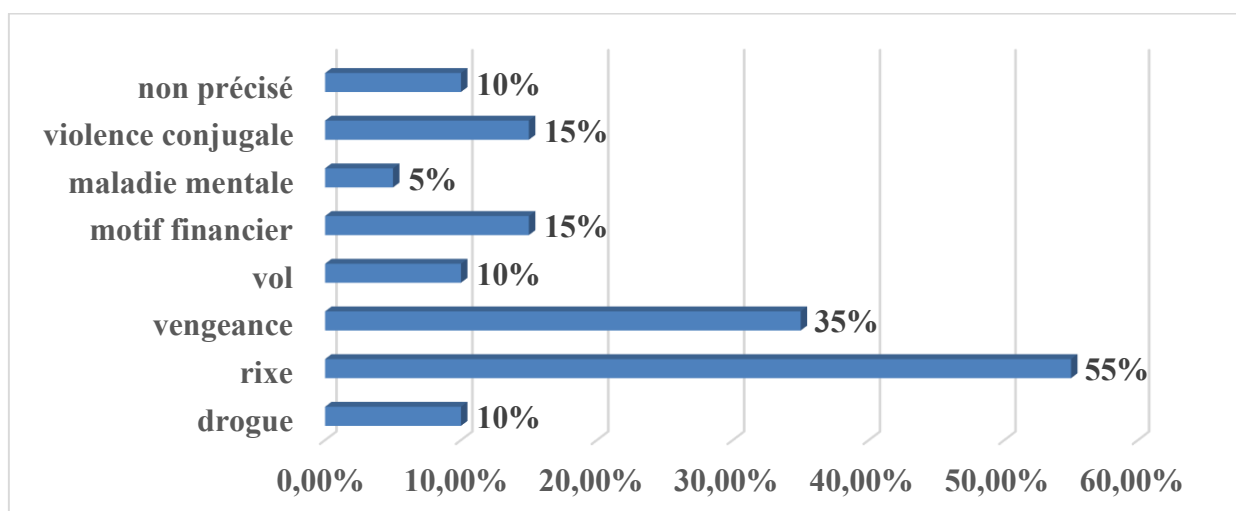


Figure 90 : Répartition selon le motif des faits.

L'association de plusieurs motifs d'agression est possible et retrouvée dans notre série.

Les rixes sont la cause dans 55% des cas suivie par la vengeance dans 35% des cas.

Les violences conjugales sont retrouvées dans 3 cas soient 15% des cas tout comme les problèmes d'argent dans 15% des cas.

La drogue et la maladie mentale aussi sont retrouvées dans 10% et 5% des cas.

4.5.Lien entre l'auteur et la victime :

Tableau 69 : Répartition selon le lien entre la victime et l'auteur.

Lien avec l'auteur	Effectif	Pourcentage
Voisin	5	25%
Conjoint	3	15%
Famille	3	15%
Ami	3	15%
Aucun	4	20%
Méconnu	2	10%
Total	20	100%

La violence de voisinage est retrouvée dans 25% des cas et l'absence de lien entre la victime et l'auteur dans 20% des cas.

Le lien de sang et d'alliance et l'amitié sont retrouvés à pourcentage égale dans 15% des cas.

5. Les données relatives à la prise en charge médicale :

5.1. La prise en charge thérapeutique et sa durée après la violence :

Tableau 70 : Répartition selon le temps écoulé entre la violence et la prise en charge thérapeutique.

Durée entre la violence et la prise en charge	Effectif	Pourcentage
Décès immédiat	6	30%
<1heure	4	20%
1 à 2 heures	3	15%
3 à 4heures	1	5%
> 4heures	2	10%
Méconnue	1	5%
Non concerné	3	15%
Total	20	100%

La prise en charge thérapeutique est retrouvée dans la moitié des cas, effectuée lors d'un passage vers une polyclinique ou lors d'un transport médicalisé ou d'une hospitalisation. Elle est précoce après la violence, inférieure à 1 heure dans 20% des cas, entre 1 heure et 4 heures dans 20% des cas et tardive supérieure à 4 heures dans 10% des cas.

On a 30% des cas de décès sur les lieux et 15% des cas non concernés par la prise en charge thérapeutique car décédés en cours d'une évacuation non médicalisée.

5.2. Moyen d'évacuation vers l'hôpital :

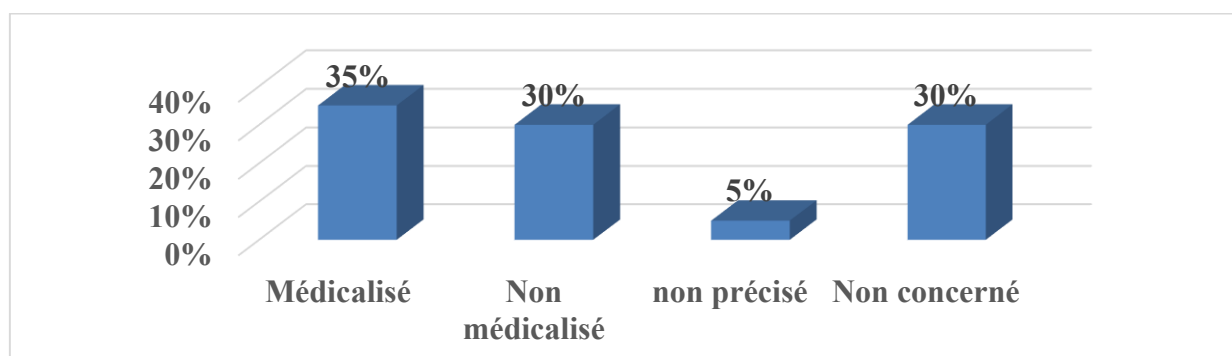


Figure 91 : Répartition des victimes selon le moyen d'évacuation vers l'hôpital.

Un tiers des victimes sont évacués par un moyen de transport médicalisé et 30% non médicalisé.

5.3.Nature des soins prodigués avant le décès :

Tableau 71 : Répartition des victimes selon la nature de la prise en charge thérapeutique.

Nature des soins avant décès	Effectif	Pourcentage
Médicaux	7	35%
Chirurgicaux	2	10%
Para clique	1	5%
Non concerné	10	50%
Total	20	100%

La prise en charge thérapeutique est médicale dans 35% des cas, chirurgicale dans 10% des cas.

5.4.La notion d'hospitalisation et sa durée :

Tableau 72 : Répartition des victimes selon l'hospitalisation et sa durée.

L'hospitalisation et sa durée	Effectif	Pourcentage
< 24 heures	5	25%
24 à 72 heures	1	5%
Non concerné	14	70%
Total	20	100

Les victimes arrivées vivantes et ayant bénéficiés d'une prise en charge hospitalière représentent 30% des cas.

Parmi les concernés par l'hospitalisation, la durée est inférieure à 24heures dans 25% des cas.

5.5.Délai de survie :

Tableau 73 : Répartition des victimes selon le délai de survie.

Délai de survie	Effectif	Pourcentage
Nul	6	30%
Quelques minutes	2	10%
Quelques heures	10	50%
Quelques jours	1	5%
Méconnue	1	5%
Total	20	100%

La moitié des victimes ont un délai de survie de quelques heures, 10% inférieure à 1 heure et un seul cas 5% de quelques jours.

6. Les données relatives à la prise en charge médico-judiciaire :

6.1.Délai entre le décès et d'autopsie :

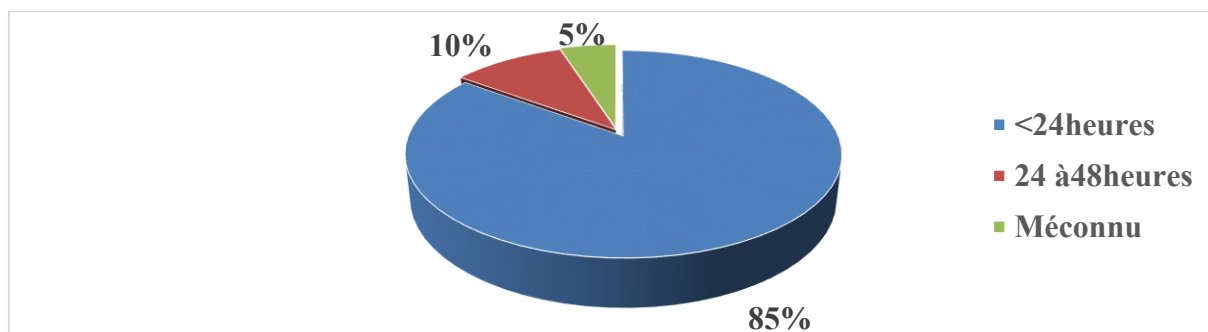


Figure 92 : Répartition selon le délai entre le décès et l'autopsie.

La majorité des autopsies 85% des cas, sont ordonnées et pratiquées dans les premières 24 heures et 10% des cas entre 24 à 48 heures après le décès.

6.2.Le tribunal ordonnateur :

Tableau 74 : Répartition des cas selon le tribunal ordonnateur.

Tribunal	Effectif	Pourcentage
Annaba	6	30%
El-Hadjar	10	50%
Berrahal	2	10%
Drean	2	10%
Total	20	100%

La moitié des cas d'autopsies réalisées sont ordonnées par le tribunal d'El-Hadjar et 30% par le tribunal d'Annaba.

6.3.Date de l'autopsie :

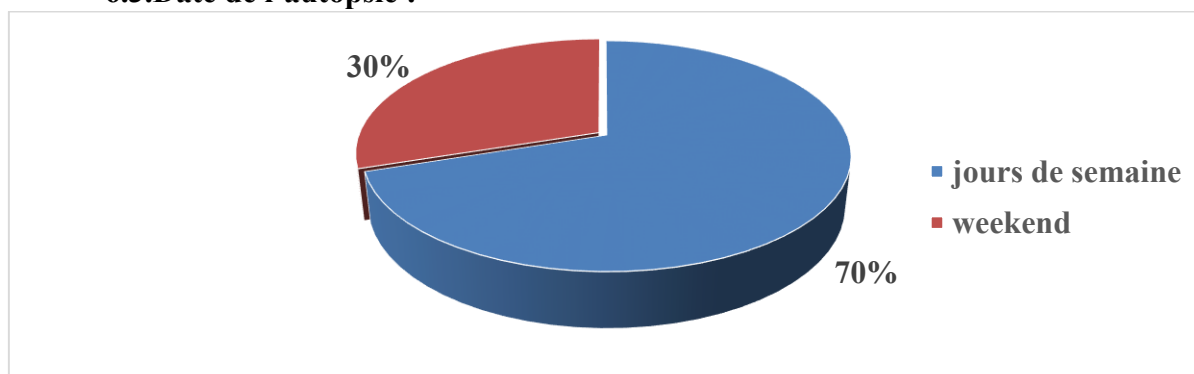
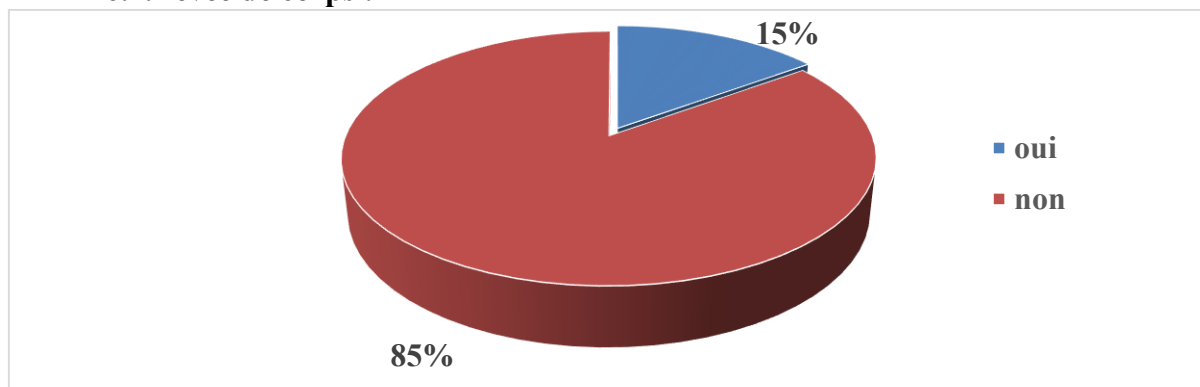
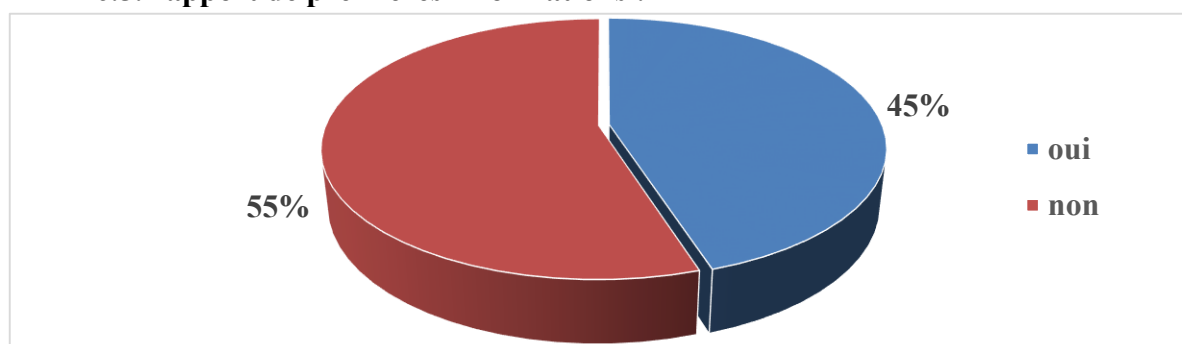


Figure 93 : Répartition des cas selon la date des autopsies.

Plus des deux tiers des autopsies sont effectuées les jours de semaines soit 70% des cas, et le reste les week-ends.

6.4.Levée de corps :**Figure 94 :** Répartition des cas selon la levée de corps.

Le médecin légiste n'est pas sollicité fréquemment dans les levées de corps, réalisées que dans 3 cas soit 15% des cas.

6.5.Rapport de premières informations :**Figure 95 :** Répartition des cas selon le rapport de premières informations.

Dans 55% des autopsiés, le rapport de premières informations est absent.

6.6.Signes à l'examen externe :**Tableau 75 :** Répartition des cas selon les signes de l'examen externe.

Signes particuliers	Effectif	Pourcentage :
Bon état de conservation	20	100%
Lividités pâles	15	75%
Rigidité présente	19	95%
Cicatrices de plaies	1	5%
Automutilation ancienne	2	10%
Tatouages	2	10%
Traces thérapeutiques	8	40%

L'examen externe des corps a révélé qu'ils sont tous en bonne conservation avec des lividités pâles dans 75% des cas et une rigidité présente dans 95% des cas.

On a noté la présence de lésions anciennes d'automutilation chez 10% des cas, des cicatrices de plaies dans 10% des cas et des traces thérapeutiques récentes ou anciennes dans 40% des cas.

6.7. Nombre des lésions :

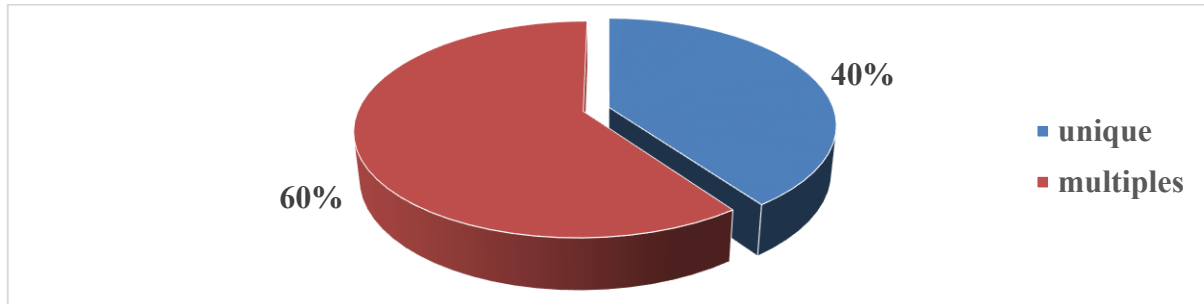


Figure 96 : Répartition des cas selon le nombre des lésions externes.

Presque les deux tiers des victimes soient 60% des cas ont des plaies multiples sur le corps et 40% des lésions uniques.

Le nombre moyen des plaies est de $8,75 \pm 20,50$ avec des extrêmes de nombre allant de 1 à 94.

6.8. Siège des lésions :

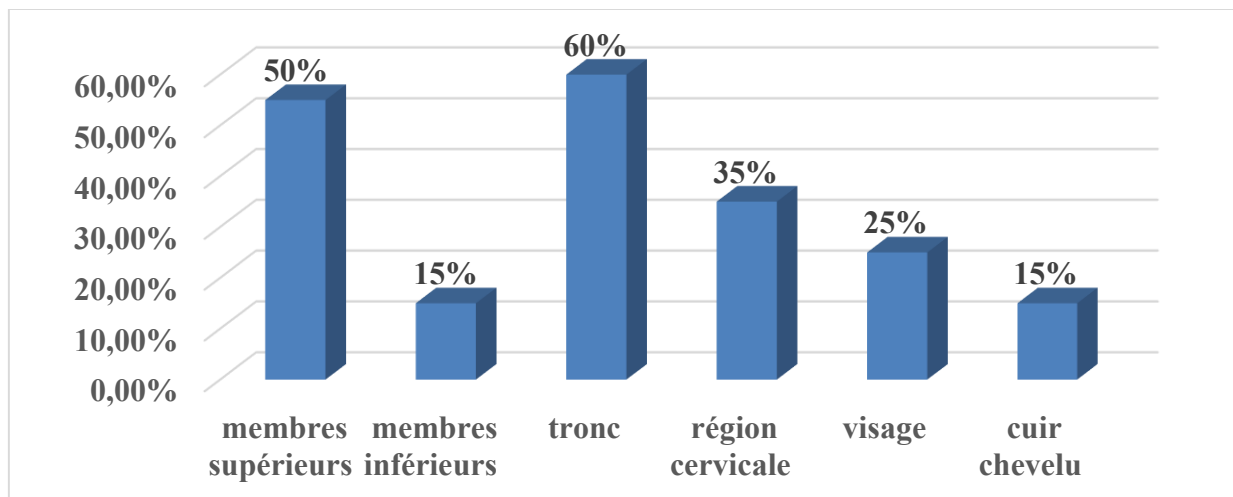


Figure 97 : Répartition des cas selon le siège des lésions à l'examen externe.

Les sièges les plus touchés dans les violences mortelles par armes blanches sont le tronc dans 60% des cas surtout la région thoracique, les membres supérieurs dans 50% des cas et la région cervicale dans 35% des cas.

A noter que pour une seule victime on peut avoir plusieurs sièges touchés.

6.8.1. Siège des lésions sur les membres supérieurs :

Tableau 76 : Répartition des cas selon le siège des lésions sur les membres supérieurs.

Siège au niveau du bras	Effectif	Pourcentage		
Face antérieure	2	6	10%	30%
Face postérieure	1		5%	
Face externe	1		5%	
Face interne	2		10%	
Epaule	1		5%	
Siège au niveau des avant-bras				
Face antérieure	1	4	5%	20%
Face postérieure	2		10%	
Face externe	1		5%	
Siège au niveau des mains				
Face palmaire	1	2	5%	10%
multiples	1		5%	

Les bras sont les plus touchés dans 30% des cas et tous les sièges étaient concernés mais surtout la face interne et antérieure dans 10% des cas chacune, suivis des avant-bras dans 20% des cas et c'est la face postérieure la plus concernée dans 10% des cas.

Les mains sont touchées dans 10% des cas dans les deux faces.

Il est a noté que pour une seule victime on peut avoir plusieurs sièges.

6.8.2. Siège des lésions sur les membres inférieurs :

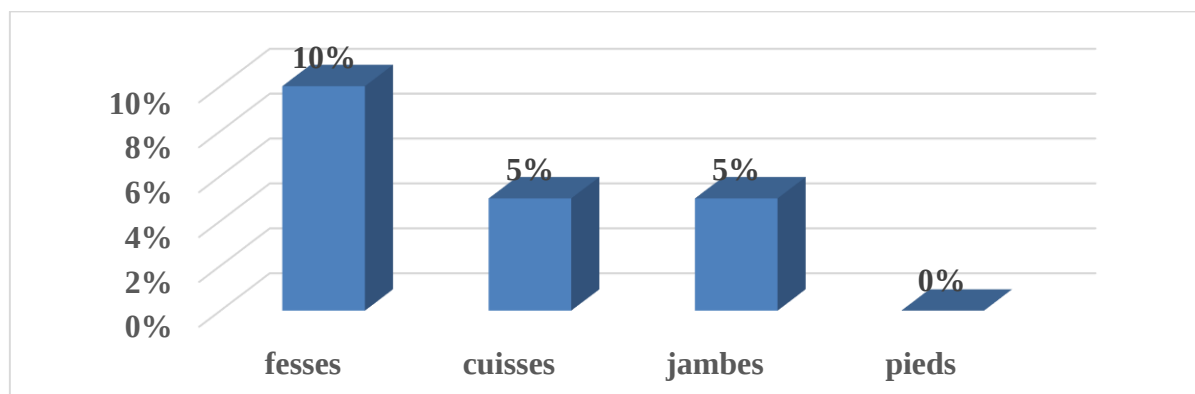


Figure 98 : Répartition des cas selon le siège des lésions sur les membres inférieurs.

Le siège des plaies sur les fesses est retrouvé dans 2 cas soit 10% et au niveau de la face antérieure de la cuisse et la jambe dans 5% des cas chacune.

6.8.3. Siège des lésions sur le tronc :

Tableau 77 : Répartition des cas selon le siège des lésions sur le tronc et le thorax.

Siège sur le thorax	Effectif	Pourcentage
Face antérieure droite	1	5%
Face antérieure gauche	4	20%
Face latérale	1	5%
Face postérieure	1	5%
Multiples	5	25%
Siège sur l'abdomen	3	15%
Siège sur la région lombaire	1	5%
Non concerné	4	20%
Total	20	100

Pour les lésions du tronc, le thorax est le plus touché dans 60% des cas et c'est la face antérieure gauche la plus retrouvée dans 20% des cas et le siège multiples dans 25% des cas. L'abdomen et la région lombaire sont touchés aussi dans 15% et 5% des cas respectivement.

6.9.Lésions de violences associées :

Tableau 78 : Répartition des cas selon les lésions de violences associées.

Nature des lésions associées	Effectif	Pourcentage
Contusions	6	30%
Fractures	2	10%
Mutilation	1	5%
Divers	1	5%
Non concerné	10	50%
Total	20	100

On a retrouvé des lésions de violences associées dans la moitié des cas 50% représentées par les contusions dans 30% des cas, les fractures dans 10% des cas et un cas de mutilation soit 5% des cas.

6.10. Aspects des lésions externes :

Tableau 79 : Répartition des cas selon les lésions de violences associées.

Aspects des lésions	Effectif	Pourcentage
Egratignures	5	25%
Plaies superficielles	2	10%
Plaies à bords arrondi et l'autre aigu	13	65%
Plaies à deux bords aigus	5	25%
Plaies de défense	3	15%
Plaies contuses	3	15%
Signes de vitalité	20	100%
Lésions post-mortem	2	10%

On a eu plusieurs cas avec des lésions diverses sur le corps et les lésions retrouvées sont les plaies avec un bord aigu et l'autre arrondi dans 65% des cas, les plaies avec deux bords aigus dans 25% des cas, les plaies contuses dans 15% des cas et les égratignures et les plaies superficielles dans 25% et 10% des cas respectivement.

Toutes les lésions retrouvées ont des signes de vitalité sauf dans deux cas où il y'avait des lésions post-mortem associées.

6.11. Les atteintes internes :

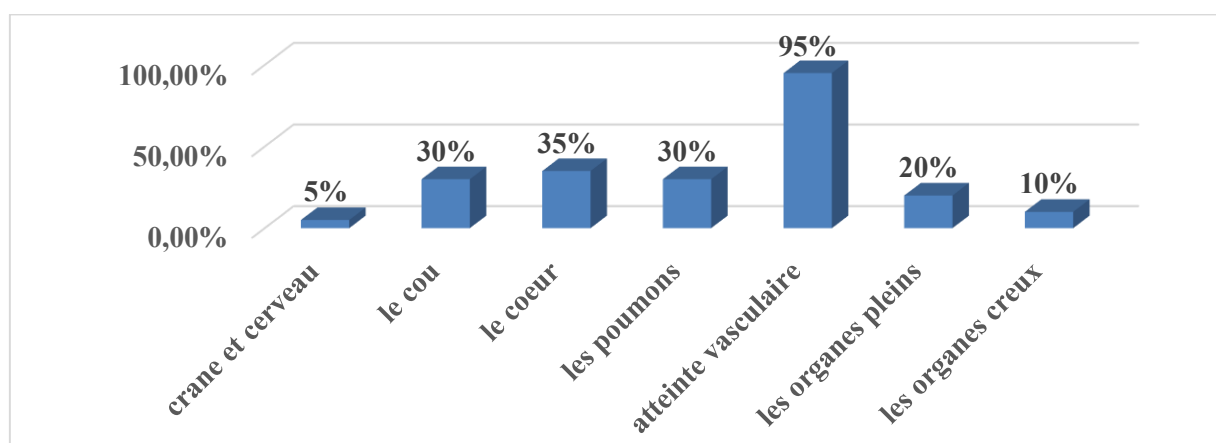


Figure 99 : Répartition des cas selon les atteintes internes.

Il est à noter la possibilité d'association de plusieurs lésions internes pour une même victime et sont dominées par les atteintes vasculaires dans 95% des cas englobant le cœur et la vascularisation, puis les poumons et le cou dans 30% des cas chacune, les organes pleins dans 20% des cas et creux dans 10% des cas.

6.12. Les atteintes vasculaires :

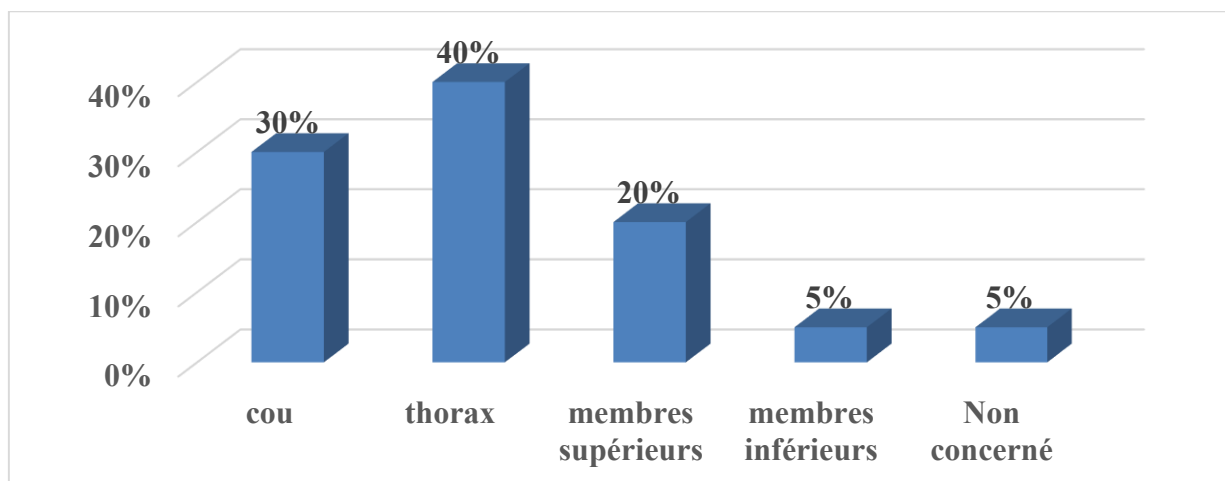


Figure 100 : Répartition des cas selon les atteintes vasculaires.

L'atteinte de la vascularisation thoracique est la plus fréquente avec 40% des cas associant les atteintes du cœur et des gros troncs thoraciques.

Les vaisseaux du cou sont atteints dans 30% des cas.

L'artère humérale est retrouvée dans 20% des cas et fémorale dans 5% des cas.

6.13. Analyses complémentaires :

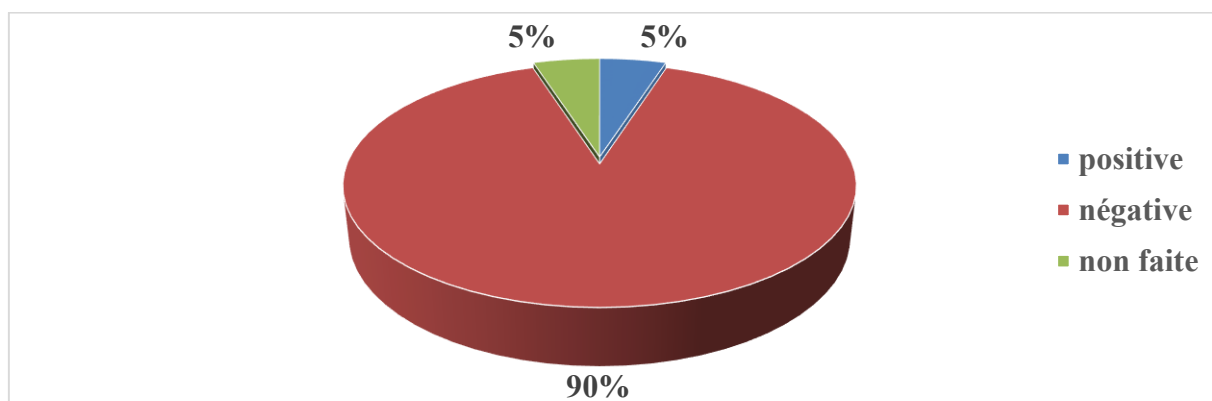


Figure 101 : Répartition des cas selon les analyses toxicologiques.

Tableau 80 : Répartition des cas selon les analyses complémentaires réalisées.

Analyses	Effectif	Pourcentage
Examen histo-pathologique	2	10%
Examen biologique	2	10%
Examen biochimique : datation	2	10%

L'analyse toxicologique des prélèvements biologiques effectués est revenue négative dans 90% des cas et positive dans un seul cas en faveur d'une alcoolémie positive.

Dans 5% des cas, les prélèvements toxicologiques n'ont pas été réalisés en raison de l'hospitalisation de la victime.

Les autres analyses complémentaires histologiques, biochimiques et biologiques étaient demandées selon la nécessité dans 10% des cas chacune.

6.14. Forme médico-légale de la mort :

Tableau 81 : Répartition des cas selon la forme médico-légale de la mort.

Forme médico-légale du décès	Effectif	Pourcentage
Suicide	1	5%
Homicide	18	90%
Accident	1	5%
Total	20	100%

La forme médico-légale la plus fréquente est l'homicide ou les crimes de sang retrouvés dans 90% des cas. On a noté un cas de suicide par arme blanche faisant suite à un homicide conjugal et un cas de décès accidentel soit 5% des cas respectivement.

Analyses bivariées

1. Répartition des victimes selon l'âge et le sexe :

Tableau 82 : Répartition des victimes selon l'âge et le sexe.

Tranches d'âge	Sexe					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
18-30 ans	5	33,33%	0	0%	5	25%
31-40 ans	3	20%	3	60%	6	30%
41-50 ans	4	26,70%	0	0%	4	20%
51-60 ans	1	6,70%	1	20%	2	10%
> 60 ans	1	6,70%	1	20%	2	10%
Méconnu	1	6,70%	0	0%	1	5%
Total	15	100%	5	100%	20	100%

Le un tiers des victimes de sexe masculin sont des jeunes âgés entre 18 à 30 ans et presque les deux tiers des victimes de sexe féminin étaient âgés entre 31 à 40 ans.

On a noté deux victimes de sexe masculin et féminin dont l'âge était supérieur à 60 ans. ($p>0,05$)

2. Répartition des victimes selon le statut matrimonial et le sexe :

Tableau 82 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial et le sexe.

Statut matrimonial	Sexe de la victime					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Célibataire	6	40%	0	0%	6	30%
Marié	8	53,30%	3	60%	11	55%
Divorcé	0	0%	1	20%	1	5%
Veuf	0	0%	1	20%	1	5%
Méconnu	1	6,70%	0	0%	1	5%
Total	15	100%	5	100%	20	100%

Plus de la moitié des victimes hommes (53,3%) étaient mariés et le reste des célibataires.

Pour les victimes femmes, 60% étaient mariées. ($P<0,05$)

3. Répartition des victimes selon la présence d'antécédents personnels et le sexe :

Tableau 83 : Répartition des victimes selon les ATCD et le sexe.

ATCD	Sexe					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Psychiatrique	1	14,30%	1	100%	2	25%
Toxicologiques	7	100%	0	0%	7	87,50%
Carcéraux	4	57,10%	0	0%	4	50%
Total	7	87,50%	1	12,50%	8	100%

Sur les 8 cas de victimes ayant des antécédents personnels, 7 sont des hommes soit 87,5% avec un cas soit 14,3% atteint de troubles psychiatriques, la totalité soit 100% présentant des antécédents toxicologiques et 4 cas soit 57,1% avec des antécédents carcéraux.

Une victime femme a présenté des antécédents psychiatriques. ($P>0,05$)

4. Répartition des victimes selon la présence de violences antérieures et le sexe et selon si c'est le même auteur ou pas :

Tableau 84 : Répartition des victimes selon la violence antérieure subie et le sexe.

Violences antérieures subies	Sexe de la victime					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	2	13,30%	3	60%	5	25%
Non	12	80%	2	40%	14	70%
Non précisé	1	6,70%	0	0%	1	5%
Total	15	100%	5	100%	20	100%

Tableau 85 : Répartition des victimes selon si c'est le même auteur des violences et le sexe.

Même auteur	Sexe de la victime					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	2	13,30%	3	60%	5	25%
Non	12	80%	2	40%	14	70%
Méconnu	1	6,70%	0	0%	1	5%
Total	15	100%	5	100%	20	100%

La notion de violences antérieures subies est retrouvée chez deux cas soit 13,3% des hommes et trois cas soit 60% des femmes et s'étaient des violences répétées par le même auteur dans tous les cas précédents. ($P > 0,05$).

5. Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et le sexe :

Tableau 86 : Répartition selon le sexe des victimes et le lien avec l'auteur.

Lien avec l'auteur	Sexe de la victime					
	Homme		Femme		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Voisin	5	33,30%	0	0%	5	25%
Conjoint	0	0%	3	60%	3	15%
Famille	1	6,70%	2	40%	3	15%
Ami	3	20%	0	0%	3	15%
Aucun	4	26,70%	0	0%	4	20%
Méconnu	2	13,30%	0	0%	2	10%
Total	15	100%	5	100%	20	100%

La violence mortelle par arme blanche dirigée contre les hommes émanant d'un voisin, d'un ami ou un inconnu est statistiquement plus significative que chez les femmes.

Contrairement aux femmes dont le lien avec le conjoint et la famille était statistiquement plus élevé pour elles que chez les hommes. ($P < 0,05$).

6. Répartition des auteurs selon l'âge et la profession :

Tableau 87 : Répartition des cas selon l'âge des auteurs et la situation professionnelle.

Age de l'auteur	Situation professionnelle					
		Fonctionnaire	Ouvrier	Profession libérale	Chômeur	Méconnu
						Total
< 18ans	Effectif	0	0	0	1	0
	Pourcentage	0%	0%	0%	100%	0%
18-30ans	Effectif	0	1	1	6	0
	Pourcentage	0%	12,50%	12,50%	75%	0%
31-40ans	Effectif	1	2	3	2	0
	Pourcentage	12,50%	25%	37,50%	25%	0%
41-50ans	Effectif	0	0	1	0	0
	Pourcentage	0%	0%	100%	0%	0%
Méconnu	Effectif	0	0	0	0	2
	Pourcentage	0%	0%	0%	0%	100%
Total	Effectif	1	3	5	9	2
	Pourcentage	5%	15%	25%	45%	10%

Les auteurs au chômage sont en majorité âgés entre 18 à 30 ans (75%), et les professions libérales entre 31 à 40 ans ($P < 0,05$)

7. Répartition des auteurs selon l'âge et les antécédents personnels :

Tableau 88 : Répartition des cas selon l'âge des auteurs et les antécédents personnels.

Age de l'auteur	Antécédents des auteurs				
		Psychiatrique	Toxicologique	Carcéraux	Total
<18ans	Effectif	0	1	0	1
	Pourcentage	0%	100%	0%	
18-30ans	Effectif	1	7	3	8
	Pourcentage	12,50%	87,50%	37,50%	
31-40ans	Effectif	1	4	1	4
	Pourcentage	25%	100%	25%	
Total	Effectif	2	12	4	13
	Pourcentage	15,40%	92,30%	30,80%	100%

La consommation de drogue et d'alcool est présente dans 87,5% des auteurs âgés entre 18 à 30 ans et à 100% pour les autres tranches d'âges tant dit que les antécédents carcéraux étaient retrouvés dans 37,5% des auteurs entre 19 à 30 ans et à 25% des auteurs âgés entre 31 à 40 ans. A noter que pour le même auteur on peut avoir l'association des trois antécédents. ($p < 0,05$)

8. Répartition des motifs de survenus avec le moment des faits :

Tableau 89 : Répartition des cas selon les motifs de survenus et le moment des faits.

Motif		Moment des faits				Total
		Matin	Après-midi	Soir	Méconnu	
Droque	Effectif	1	0	1	0	2
	Pourcentage	50%	0%	50%	0%	
Rixe	Effectif	3	6	2	0	11
	Pourcentage	27,3%	54,5%	18,2%	0%	
Vengeance	Effectif	3	3	1	0	7
	Pourcentage	42,9%	42,9%	14,3%	0%	
Vol	Effectif	1	0	1	0	2
	Pourcentage	50%	0%	50%	0%	
Motif financier	Effectif	0	2	1	0	3
	Pourcentage	0%	66,7%	33,3%	0%	
Maladie mentale	Effectif	1	0	0	0	1
	Pourcentage	100%	0%	0%	0%	
Violence conjugale	Effectif	2	1	0	0	3
	Pourcentage	66,7%	33,3%	0%	0%	
Non précisé	Effectif	0	0	1	1	2
	Pourcentage	0%	0%	50%	50%	
Total	Effectif	7	6	6	1	20
	% du total	35%	30%	30%	5%	100%

Les violences dues aux rixes sont survenues majoritairement l'après-midi dans 54,5% des cas, le motif de droque et de vol à parts égales matin et soir, le motif financier c'est surtout l'après-midi dans 66,7% des cas.

Les violences conjugales sont survenues surtout le matin dans 66,7% des cas.

9. Répartition des cas selon le nombre des lésions externes et l'atteinte interne :

Tableau 90 : Répartition selon le nombre des lésions externes et les organes internes atteints.

Nombre des lésions	Organes internes touchés			
		Atteinte unique	Atteinte multiple	Total
Unique	Effectif	7	1	8
	Pourcentage	87,50%	12,50%	100%
Multiples	Effectif	4	8	12
	Pourcentage	33,30%	66,70%	100%
Total	Effectif	11	9	20
	Pourcentage	55,00%	45,00%	100%

La majorité des lésions uniques externes (87,5%) ont provoquées des atteintes uniques internes à l'origine de la mort des victimes. ($P<0,05$)

10. Répartition des cas selon le lieu des faits et le motif de survenu :

Tableau 91 : Répartition des cas selon le lieu des faits et le motif de survenu.

Lieu des faits	MOTIF									Total
		Drogue	Rixe	Vengeance	Vol	Motif financier	Maladie mentale	Violence conjugale	Non précisé	
Domicile	Eff	2	6	4	0	1	1	3	0	9
	%	100%	54,5%	57,1%	0%	33,3%	100%	100%	0%	
Voie publique	Eff	0	1	0	0	1	0	0	0	1
	%	0%	9,10%	0%	0%	33,3%	0%	0%	0%	
Travail	Eff	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	
Lieu public	Eff	0	4	3	1	1	0	0	1	8
	%	0%	36,4%	42,9%	50%	33,3%	0%	0%	50%	
Méconnu	Eff	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	
Total	Eff	2	11	7	2	3	1	3	2	20
	%	10%	55%	35%	10%	15%	5%	15%	10%	100%

Les rixes mortelles sont survenues dans le domicile des défunts dans 54,5% des cas et dans 36,4% dans les lieux publics comme les quartiers, la même chose pour les motifs de vengeance retrouvés dans 57,1% dans le domicile et 42,9% dans les quartiers.

Le motif de vol a entraîné la mort en milieu de travail dans 50% des cas et dans les lieux publics dans les autres 50%. L'argent était le motif de violences mortelles dans le un tiers des cas dans le domicile, la voie publique et les quartiers respectivement.

La violence conjugale était à 100% dans le domicile familial. ($P<0,05$)

11. Répartition des cas selon le motif des faits et le lien entre auteur et victime :

Tableau 92 : Répartition des cas selon le lien entre auteur et victime et le motif de survenu.

Lien avec l'auteur		MOTIF								Total
		Drogue	Rixe	Vengeance	Vol	Motif financier	Maladie mentale	Violence conjugale	Non précisé	
Voisin	Eff	0	5	1	0	0	0	0	0	5
	%	0%	45,5%	14,3%	0%	0%	0%	0%	0%	
Conjoint	Eff	0	2	3	0	0	0	3	0	3
	%	0%	18,2%	42,9%	0%	0%	0%	100%	0%	
Famille	Eff	2	1	0	0	1	1	0	0	3
	%	100%	9,1%	0%	0%	33,3%	100%	0%	0%	
Ami	Eff	0	2	0	0	2	0	0	1	3
	%	0%	18,2%	0%	0%	66,7%	0%	0%	50%	
Aucun	Eff	0	0	2	2	0	0	0	0	4
	%	0%	0%	28,6%	100%	0%	0%	0%	0%	
Méconnu	Eff	0	1	1	0	0	0	0	1	2
	%	0%	9,1%	14,3%	0%	0%	0%	0%	50%	
Total	Eff	2	11	7	2	3	1	3	2	20
	%	10%	55%	35%	10%	15%	5%	15%	10%	100%

Dans 100% du motif de consommation de drogue, l'auteur est un membre de la famille, et pour les rixes, motif principale dans 55% des victimes, presque la moitié soit 45,5% concernent les voisins.

Dans la vengeance, 42,9% des cas concernent la violence conjugale, et dans 66,7% du motif financier il s'agit d'amis ou de famille dans 33,3%.

Chapitre 04 : Discussion

Dans la perspective de contribuer à la récolte des données épidémiologiques et médico-légales portant sur les différents types de violences dans notre région pouvant servir comme base utile dans la planification préventive, et devant la diversité des moyens de violence pouvant être utilisés, nous nous sommes intéressés à la particularité de l'usage des armes blanches à mauvais escient dans les violences interpersonnelles et celles dirigées contre soi-même.

En sachant leur disponibilité et leur facilité d'acquisition, nous avons essayé d'identifier l'impact et les conséquences de leur utilisation et les différents facteurs pouvant être mis en cause, par la réalisation de ce travail de recherche qui porte sur l'étude des blessures mortelles et non mortelles par armes blanches, prises en charges dans le service de médecine légale d'Annaba, sur le plan épidémiologique et médico-légale et de cerner le maximum d'informations sur ce phénomène.

Il est à noter que nos résultats objectivés ont été confrontés avec les données de la littérature retrouvées dans le monde afin d'identifier leur pertinence. Il est à rappeler qu'au niveau national, il existe peu d'études sur les armes blanches, et qu'au niveau international aussi, on déplore la présence d'études complètes sur notre thématique du moins pour les violences non mortelles où les travaux sélectionnés portaient majoritairement sur des violences pénétrantes de sièges spécifiques appartenant à des services autres que la médecine légale.

Les détails de notre travail seront exposés ci-après, respectivement pour les deux populations de l'étude, vivante et décédée :

1. Les violences non mortelles par armes blanches et facteurs incriminés

1.1. Les aspects épidémiologiques

1.1.1. La fréquence de la violence

Durant la période de l'étude qui est de douze mois, on a reçu et examiné au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale d'Annaba 1037 cas de violences par armes blanches sur un total de consultant de toutes formes confondues de violence de 6189 ce qui représente une fréquence générale annuelle de 16,76% de l'ensemble des victimes.

Fréquence que nous jugeons non négligeable du fait qu'elle reflète que cette forme de violence est vue quotidiennement à notre niveau à raison de 4 à 5 victimes par jours. A l'échelle nationale, elle est dans la fourchette des taux retrouvés dans une étude à Blida en 2005, 2006 et 2007 qui représentaient 14,7%, 16,1% et 18,3% du total des violences de la région. (53)

Pour ce qui est des autres pays, elle est interprétée suivant les taux de la violence générale dans chaque région du monde dont la répartition connaît une grande disparité selon le niveau sociodémographique de chacune.

En Afrique par exemple, on a retrouvé des fréquences très élevées de violence par armes blanches objectivées dans plusieurs études faites au Mali, Tchad, Guinée et Soudan, sur les types de violences reçues aux pavillons d'urgences, dépassant les 44% et pouvant atteindre 93%.(41–43,46,176)

Aussi, selon une deuxième étude faite au Guinée (177) dans le service de médecine légale cette fois-ci, la fréquence des blessures par armes blanches était de 9,28% du total des coups et blessures volontaires reçues et examinés dans le service durant les douze mois de l'année de 2015. Ceci nous ramène à réfléchir que le taux objectivé à notre niveau représente que les personnes voulant un document officiel qui prouve leur agression, et qu'il ne reflète pas la réalité exacte du pourcentage des agressions réelles transitant par les pavillons des urgences ou autres points de soins sans aller pour autant vers le service de médecine légale.

En Tunisie aussi la fréquence de l'usage des armes blanches retrouvée dans une étude sur les violences volontaires graves examinées au service de médecine légale de Sfax durant le deuxième semestre de 2017, était supérieure à la nôtre, estimée à 25,2%(7)

En Amérique et en Europe aussi les taux étaient supérieurs à celui retrouvé dans notre travail.(36,37)

La répartition mensuelle des violences par armes blanches dans notre étude montre des fréquences rapprochées tout au long de l'année variant autour de la fréquence générale avec la présence de trois pics de 18,52%, 18,66% et 19,74% survenant les mois de mars, juillet et aout 2022, constat fait aussi dans deux études, ou ils ont trouvé des pics en été et surtout le mois d'Aout.(47, 48,53)

Ce qui nous amène à dire que cette forme de violence est quasi présente chaque mois dans la consultation de médecine légale et les pics retrouvés peuvent être expliqué par la période des vacances annuels pour les enfants et des congés pour les fonctionnaires et les parents qui suivent leurs enfants, et comme notre wilaya est une région côtière, elle favorise un grand mouvement estival et touristique pouvant être à l'origine de cette hausse en été.

1.1.2. Les données sociodémographiques des victimes :

Une prédominance masculine était notée dans notre série à 88,1% des cas contre 11,9% de femmes avec un sex-ratio de 7,43, témoignant que la violence par armes blanche touche les deux sexes mais majoritairement les hommes du fait qu'ils sont les plus impliqués soit comme victimes ou auteurs dans les rixes et les conduites dangereuses.

L'âge moyen retrouvé était de $30,52 \pm 11,52$ avec des extrêmes d'âges allant de 7 à 74 ans. La majorité des victimes 82,9% avaient un âge moins de 40 ans dont presque la moitié 49,2% appartenait à la tranche d'âge comprise entre 18-30 ans.

On croisant les deux critères, on a confirmé que 61,50% des victimes hommes étaient des adolescents et des jeunes adultes ne dépassant pas 30 ans comparés aux victimes femmes qui étaient atteintes à un âge plus élevé supérieur à 40 ans dans plus de la moitié des cas ($p < 0,05$)

Ces constatations concordent avec la quasi-totalité des études retrouvée dans la littérature et qui peuvent être expliqué que mondialement c'est les adolescents et les jeunes hommes qui sont le plus concerné par la violence de tout type et le plus impliqués dans des agressions et des rixes que les femmes et donc ils ont un fort pourcentage d'infliger ou de subir des blessures par couteau(178), facteur de risque individuel confirmé dans notre étude.

La chose qui nous interpelle aussi, c'est de constater que même les enfants de bas âge et des personnes âgées de plus de 60 ans peuvent être sujettes à des blessures par arme blanche et être concernés par cette violence qui ne fait pas de distinction de sexe ni d'âge.

Pour ce qui est de l'origine et la provenance des victimes, 93% des cas provenaient de la wilaya d'Annaba avec 64% d'un milieu urbain et 35% d'un milieu rural.

Toutes les communes sont touchées par cette violence, mais 77,8% des cas concernaient ceux ayant la plus forte densité en population à savoir la commune d'Annaba chef-lieu wilaya et la commune d'El-Bouni à pourcentage presque égale pour les deux, suivis par la commune de Berrahal.

Il faut savoir qu'Annaba dispose de douze communes dont les plus dense en population sont les précédentes en plus des communes de Sidi Amar et d'El-Hadjar qui sont retrouvées aussi dans notre série mais à des pourcentages minimales et cela est due à l'existence d'un pôle de consultation médico-judiciaire à l'hôpital d'El-Hadjar qui prend en charge aussi les victimes de violence.

Un taux de 6% des victimes provenait des wilayas limitrophes (Skikda, Guelma, El-Tarf, Souk-Ahras, Tébessa, Batna...) venant à Annaba, au CHU dans le cadre d'évacuation pour prise en charge de plaies graves et compliquées, ou dans le cadre de commerce ou de tourisme.

Le milieu carcéral aussi n'est pas épargné de l'usage d'objets tranchants dans les rixes entre prisonniers, objectivé dans notre série dans presque 1% des cas soit 6 victimes.

Le type d'habitation le plus concerné dans notre série était l'appartement dans 54,4% des cas ce qui est représentatif du milieu urbain, suivi des maisons individuelles retrouvaient dans 28,6% des cas. On note que le milieu précaire des bidonvilles était faiblement présent dans 5,7% des cas, chose qui nous interpelle aussi et nous donne à réfléchir sur l'influence de l'environnement et des lieux de vie dans la survenue de violence qui est connue comme l'apanage des couches sociale défavorisées.(179)

En Algérie, dans le but d'éradiquer les bidonvilles et de satisfaire les besoins de la population en logements, le gouvernement à lancer le programme de création de nouvelles villes en périphéries d'anciennes, tout en gardant un même style d'urbanisme de logements en barres à plusieurs étages qui se base sur des grands ensembles de logements collectifs sans tenir en compte d'un bon accompagnement social et sécuritaire et l'impact que ça peut avoir sur le développement de la criminalité. (180,181)

Ces dernières années, il y a eu une nouvelle tendance de violence apparue dans les quartiers de ces nouvelles villes abritant des jeunes d'anciennes habitas précaires s'adonnant aux vols, cambriolages, la consommation et le trafic de drogues et surtout la formation de gangs et de bandes criminelles qui sèment la terreur par l'usage d'armes blanches (182), que la législation essaye de combattre par le durcissement des répressions pénales dont l'efficacité sera apprécié à long terme.

L'étude du statut matrimonial de nos victimes a révélé que 68,6% des hommes étaient célibataires alors que 52% des femmes étaient mariées et 23,6% divorcées, consolidant ainsi que la violence chez les hommes intéresse beaucoup plus les jeunes célibataires et pour les femmes le mariage et le divorce sont des facteurs favorisant les violences conjugales, comme démontré dans l'étude réalisée à Annaba par Y.Mellouki (54) et dans d'autres études aussi, aspect qu'on va décortiquer au fur et à mesure de notre discussion.(42,177)

Le niveau d'instruction des victimes était moyen pour la moitié 50,6% de l'effectif et il était majoritaire pour les deux sexes suivi par le niveau secondaire avec 24,4% des cas, résultats qui

concordent aux études de Sall et Cyrielle (41,42) et on retrouve ça dans d'autres études qui ont objectivé l'association des faibles résultats scolaires à la violence chez les jeunes qui devenaient beaucoup plus susceptibles d'être impliqués dans des bagarres et d'avoir recours au port d'arme(183).

Pour le statut professionnel, on a constaté que toutes les couches socio-professionnelles de la société sont touchées par le phénomène de la violence par les armes blanches avec une prédominance pour les chômeurs à 38,9% significativement plus élevée chez les femmes (75,6%) que pour les hommes (33,9%), inversement pour les professions libérales comme les commerçants et les chauffeurs de taxi à 20,4%. ($P<0,05$).

Ceci pourrait être due au fait que ces couches socioprofessionnelles passent beaucoup de temps dehors dans les lieux publics et sont donc plus en risque d'être victimes de ce phénomène, constat retrouvé aussi dans l'étude de Nsime E et al qui ramène des taux de 41,25% et 39,95% pour les chômeurs et les travailleurs libéraux au Guinée(43,47), ainsi que l'étude de L.Kanté au Mali qui avait retrouvé 47,5% de chômeur.(184)

D'autres ont rapportés la prédominance pour les élèves et étudiants de différents niveaux dans leurs études(41,48,177), tranche retrouvée aussi dans notre travail à un taux de 12,5% des cas dont 11,4% des femmes et 12,7% des hommes sont des étudiants.

Donc l'implication du niveau socioéconomique bas dans la fréquence des violences est confirmée dans notre travail comme pour l'étude récente faite au Royaume unie publié en 2023 qui met en évidence la relation des blessures par armes blanches chez les jeunes avec le mauvais statut socio-économique dans plusieurs domaines.(40)

Les antécédents personnels étaient présents chez presque la moitié des victimes 47,8%, les habitudes toxiques étaient retrouvées dans 44,8% avec une consommation de tabac dans 37,8%, une consommation d'alcool dans 16,4% et de cannabis, de drogue de différent genre dans 11% des cas.

La comparaison de cette consommation toxique selon les tranches d'âge a révélé que les victimes ayant des antécédents toxiques étaient majoritairement âgées entre 18 à 40 ans dans 84,3% dont les jeunes de 18 à 30 ans les plus concernés dans 61,1%. ($p<0,05$)

Cette implication était retrouvée dans de nombreuses études qui avaient mis l'accent sur la relation de la consommation précoce d'alcool avec le risque accru d'être à la fois auteurs et

victimes de violences(185,186) et que d'alcool et l'ivresse étaient fortement associées à des risques accrus de survenue de blessures et de port d'armes (187,188)

La même chose pour les jeunes qui consomment du tabac, considéré comme un indicateur indirect du comportement violent plutôt qu'une cause, ou consomment des drogues illicites, risquent fortement d'être impliqués dans des actes de violence (189,190).

Dans notre série, le caractère de poly consommation était aussi noté et toujours chez les victimes âgés de 18 à 30 ans dans les deux tiers des consommateurs. ($p<0,05$), ainsi s'adonner à une consommation variée de toxiques à un jeune âge était également associé à des risques accrus de port et d'usage d'armes.(191,192)

Les antécédents d'incarcération antérieure étaient retrouvés chez 12,4% des victimes dont les motifs les plus fréquents étaient le vol et les coups et blessures dans 4,2% et 3,5% des victimes, et la comparaison avec les tranches d'âge a révélé aussi que s'était les jeunes de 18 à 30 qui étaient concernés dans 55% des cas. ($p<0,05$)

La pathologie psychiatrique quant à elle a été notée dans 2,2% des victimes, et dans la littérature, on a retrouvé qu'une mauvaise santé mentale pouvait être associée au port d'armes chez les jeunes et favorisant un comportement violent en tant que victime ou auteur.(193,194)

La recherche d'antécédents de violences antérieures chez les victimes de notre série était positive dans 13,5% des cas dont 10,8% c'est des récidives par le même auteur et que la nature de ces violences était beaucoup plus un mélange entre physique et verbale à des taux de 95% et 58,6% des cas des violences antérieures, chose retrouvée aussi dans une étude faite au Maroc qui avait objectivé des antécédents d'agression dans 35% des cas.(195)

Le croisement des violences antérieures et la récidive par le même auteur avec le sexe et le lien entre victimes et auteurs a révélé que sur les 13,5% des cas de violences antérieures, 7,04% étaient des hommes et 6,46% étaient des femmes, et que 67 femmes du nombre total des femmes de notre série qui était de 123 soit 54,5% étaient victimes de violences répétées et par le même auteur donc les femmes étaient beaucoup plus violentées à répétition que les hommes et par le même auteur. ($P<0,05$). Aussi le lien avec le conjoint étaient significativement plus élevés et concernait 53 cas soit 47,3% pour les violences antérieures et la récidive par rapport aux autres liens ($P<0,05$), suivi par les liens familiaux et le voisinage.

Donc l'usage des armes blanches dans les violences conjugales répétées avec l'association de d'autres formes de violence physiques et verbales est retrouvé à un taux de 43,08% du total des femmes de notre série, chose non négligeable et qui témoigne de la gravité de cette arme dont l'usage peut être dangereux et fatal entraînant la mort des victimes.

Ce constat était déjà retrouvé dans notre région dans les résultats d'un travail de thèse sur les violences conjugales qui avait relaté l'usage des armes blanches dans 7,26% et 5% des femmes sur deux séries étudiées (54). Et aussi pour un travail fait en France qui a objectivé 8,3% d'usage d'armes blanches dans les violences conjugales.(196)

Pour les hommes de notre série, la violence récidivante par le même auteur concernait 45 cas soit 4,92% du total des hommes, et 61,64% du total des violences répétées qui concernaient 73 cas et le lien de voisinage était fortement significatif dans la récidive. ($P < 0,05$)

1.1.3. Les données sociodémographiques des auteurs :

Avant d'exposer les résultats retrouvés concernant les auteurs, il faut savoir qu'il existe peu d'études dans la littérature qui apportent des informations sur les auteurs des agressions par armes blanches et que malgré l'avantage du recueil prospectif des données par l'interrogatoire direct des victimes sur les renseignements voulu, l'existence de données imprécises ou manquantes n'est pas écarté donc l'interprétation va être prudente.

Dans notre série, les auteurs étaient à 100% des hommes et on a retrouvé que plus des deux tiers des agressions étaient le fait d'un auteur unique à 72,5% des cas, taux qui se rapproche de l'étude faite à Blida qui est de 60%(53), et beaucoup plus important que celui retrouvé par Sall. Au Bamaco qui était de 47,7% par contre l'association de plusieurs auteurs était retrouvée chez nous dans 27,4% des cas, ce rapprochant au leur qui était de 30,1%.(42)

Dans 80,5% des cas d'agressions par arme blanche les auteurs sont des adolescents et jeunes adultes âgés entre 18 à 40 ans avec une nette prédominance des 18-30 ans dans 59% des cas, et les moins de 18 ans aussi étaient présents dans 3,2% des cas.

Le milieu de provenance était pour les deux tiers des auteurs urbain et le un tiers rural avec 6 cas provenant d'une maison d'arrêt à Annaba, ce constat concorde aux résultats précédemment exposés des victimes qui témoignent qu'ils ont presque la même provenance.

Les informations sur le niveau d'instruction et la situation socioprofessionnelle des auteurs étaient méconnues dans presque les deux tiers 62,9% pour la première et le un tiers 38,8% pour la seconde. Néanmoins pour le reste, un niveau bas d'instruction voir nul ne dépassant pas le

moyen était retrouvé dans 32 % des auteurs et 40,4% étaient des chômeurs ou ayant une profession libérale dans 9,8% des cas.

Donc la même réflexion exposée pour les victimes, le niveau socio-économique faible et défavorable favorise le recours à la violence et à l'usage d'armes blanches dans celle-ci et surtout chez les adolescents et les jeunes adultes. Ceci était démontré dans des études menées en Angleterre, en Écosse et d'autres pays de la région Européenne qui ont trouvé l'existence de relation étroite entre la violence et les disparités et les privations sociales, et qui peuvent être établies très tôt dans la vie (197), et que les taux d'agressions et de mortalité par armes tranchantes sont significativement plus élevés chez les individus issus des zones défavorisées que inversement (198).

Pour ce qui est des antécédents, les informations n'étaient pas disponibles dans 35,2% des auteurs et pour le reste, ils étaient positifs dans plus de la moitié avec surtout une consommation de toxiques chez presque la totalité des positifs 56,2%, dont la drogue dans 45,1% et l'alcool dans 44% des cas.

L'existence d'antécédents carcéraux était retrouvé dans 26,2% des auteurs dont les motifs les plus fréquemment retrouvés en cas de disponibilité d'informations étaient le vol à 3,9%, les coups et blessures à 3,4%, la détention et le trafic de drogue à 3,3% et le port d'armes blanches dans 0,4% des cas. Les antécédents psychiatriques quant à eux étaient retrouvés dans 1,6% des auteurs, et selon une étude britannique de Coid et al. Le port et l'usage d'armes blanches était associé à divers problèmes sociaux, la consommation de drogue et à une morbidité psychiatrique surtout les signes de personnalité antisociale.(39)

La comparaison des types d'antécédents avec les tranches d'âges des auteurs a révélé une association fortement significative entre les trois types d'antécédents touchant les auteurs inférieurs à 18 ans pour les antécédents toxicologiques et carcéraux à 100% et 27,3% , et pour les auteurs de 19 à 50 ans pour l'association des trois à des taux supérieurs à 94% et 42% pour les toxiques et l'incarcération.($p < 0,05$).

Aussi, la comparaison des antécédents toxiques avec les tranches d'âges des auteurs a révélé une poly-consommation de produits toxicologiques chez les tranches d'âge entre 18 à 40 ans fortement significative par rapport aux autres tranches d'âges avec des taux supérieurs aux deux tiers de l'effectif pour chaque tranche (83,9%, 81,5%, 73,5% ...) pour la consommation de drogue et cannabis, d'alcool et de toxicomanie.

Pour les auteurs inférieurs à 18 ans, la tendance de la poly-consommation va vers l'association du cannabis et l'alcool avec 81,8% et 54,5% de l'effectif, et pour les plus de 40 ans elle penche plus vers la consommation de tabac, d'alcool et plus ou moins la toxicomanie. ($P < 0,05$).

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'à côté des conditions socio-économiques défavorables, l'implication des habitudes toxiques de tous genres et le fait d'avoir une condamnation judiciaire antérieure, influe lourdement dans le port et l'utilisation des armes blanches dans la violence.

Cet aspect de la délinquance, si on peut l'appeler ainsi est favorisé par l'accès facile à l'alcool et la disponibilité de plusieurs points de vente non surveillés dont la contribution à la violence surtout parmi les jeunes a été démontré dans certaines études(199), mais la relation directe entre la disponibilité de l'alcool sur la violence liée aux couteaux était peu recherchée. Cependant, selon une étude faite au Canada, les hospitalisations suite aux agressions par armes tranchantes étaient en nette augmentation suivant la disponibilité d'alcool vendu dans les magasins locaux(200).

Le trafic et le commerce illicite de drogues et de stupéfiants est associée à la violence et aussi au port d'armes(201,202). Des études faites aux États-Unis d'Amérique et à Londres ont signalé la corrélation entre la disponibilité des drogues dans le marché et l'augmentation des agressions et des homicides et que le recours à la violence était courant dans les règlements de comptes des affaires liées à la drogue dans les relations acheteur-vendeur, souvent instables ou il existe une forte concurrence.(203,204)

1.2.Les aspects médico-légaux :

1.2.1. Les données relatives aux circonstances de production des violences :

Dans notre série, la majorité des agressions étaient survenues les jours de semaines dans 73,1% des cas contrairement à la majorité des études retrouvées qui pour eux s'était beaucoup plus le weekend : vendredi, samedi et plus ou moins le dimanche(7,49,195), chose qu'on peut expliquer par la fréquence des mouvements et déplacements des gens durant les jours de semaines en allant aux travaux, aux études, en faisant les courses...etc contrairement au weekend ou la majorité préfère rester à domicile.

On peut dire aussi que les violences par armes blanches peuvent survenir à n'importe qu'elle heures de la journée et à n'importe qu'elle endroit sauf quelques particularités.

Le soir, de 18H à minuit, était la période la plus propice pour ces violences, retrouvée dans 41,3% des cas, où l'après-midi dans 36,2% des cas, constat qui concorde avec l'étude de Sall. (42) Au Mali qui rapportait 51% pour le soir et 15,5% pour l'après midi, et aussi avec une étude faite au Madagascar qui avait retrouvé un taux de 77% de 17h à 24h.(44)

Aussi, selon l'analyse par heure exacte de survenue des violences, on avait constaté l'existence de plusieurs pics de survenue, étalés de 16h à 23h dont le sommet était à 19 heures avec 11,5% des cas soulevant ainsi la recrudescence de la violence durant la nuit.

Pour les lieux de survenus des agressions par arme blanche, on avait retrouvé que les lieux publics étaient les plus concernés et surtout les quartiers dans 39,3% des cas comme pour l'étude de Blida qui avait retrouvé 53% (53) et une étude faite en Guyane qui avait retrouvé 63,8% (205), suivis par la voie publique dans 26,3%, résultats inversés chez Sall. Qui avait retrouvé 47,7% pour la voie publique et 36% pour les lieux publics.(42)

La violence perpétrée à l'intérieur du domicile et qui représente la violence conjugale ou entre les membres de famille était retrouvée dans 16,9% des cas, constat supérieur à celui fait à Blida de 13,8% (53) et inférieur à celui de l'étude faite au Mali qui a retrouvé 29,3% et une autre au Guinée qui a retrouvé 40,44%(42,48).

Le milieu de travail aussi était concerné par cette forme de violence avec un taux de 6,9% des cas, constat supérieur à celui rapporté par l'étude de Sall. Qui était de 0,8%, et ça concernait surtout les agents de sécurités, les gardiens de nuit et les gardiens de parking et quelques cas de fonctionnaires étatiques.

Le milieu scolaire était absent dans notre série et qui est en discordance avec le taux d'étudiants retrouvé en amant et cela témoigne que le danger pour les élèves et les étudiants d'être violenté par une arme blanche réside dans le trajet vers les établissements éducatifs et même en allant faire ou en sortant des cours particuliers, des fois à des heures tardives de la journée ou de la nuit, chose qui favorise les agressions.

On essayant d'avoir une idée sur les motifs qui influence le port et l'usage des armes blanches dans la violence, on a retrouvé que les rixes et les altercations étaient prédominants dans presque la moitié des cas 48,1%, suivi du vol avec agression dans 25,4% et la vengeance dans 12,6% des cas. Les mêmes constats étaient fait dans de nombreuses études Africaines dont les taux se rapprochaient des nôtres pour les rixes, le vol et agressions (45,46,53,195) et pour l'étude faite au Mali, le vol était en tête avec 30,12% suivi des conflits familiaux dans 16,73%.(42)

Egalement, dans une récente étude britannique sur les crimes par armes blanches, Vinnakota et al. Avait fait ressortir que la violence de rue, les bagarres et la violence de gangs, les conflits familiaux et les vols étaient les principaux motifs de criminalité au couteau dans le pays et avaient été identifiés comme des facteurs de risque. (6)

On a identifié aussi un motif financier entraînant des conflits d'argent dans 9,2%, la consommation ou la vente de drogues dans 4,9% des cas, et la violence conjugale dans 5,8% des cas. Il est à noter que l'association de plusieurs motifs d'agression est possible par exemple un problème d'argent entre les membres d'une famille provoquera une bagarre qui peut dégénérer par l'usage d'arme blanche ou aussi dans le couple une consommation de drogue ou des conflits d'argent peuvent dégénérer en rixe et usage de violence diverses, aussi les conflits entre voisins peuvent dégénérer en rixe motivée d'un sentiment de vengeance....etc et les combinaisons sont variées.

La comparaison des tranches d'âges des auteurs avec les motifs des violences a révélé que les rixes dans toutes les tranches d'âge étaient significativement plus élevées que les autres motifs, et le vol était significativement élevé après les rixes à 32,8% chez les âgés entre 18 à 30 ans et à 15,2% chez les moins de 18 ans. ($P < 0,05$).

Pour les violences conjugales, elles étaient significativement élevées après les rixes chez les auteurs âgés entre 31 à 50 ans. ($P < 0,05$).

La recherche du lien existant entre l'agresseur et la victime a révélé que dans 42,6% des cas l'auteur était inconnu suivi par le lien de voisinage dans 33,8% des cas. Les liens de sang ou d'alliance étaient retrouvés dans 7,1% et 5,8% des cas.

Il est à noter que ce paramètre n'était pas retrouvé dans les études de la littérature sauf pour celle effectuée à Blida dont les résultats se rapprochaient plus ou moins des nôtres mettant en évidence des taux de 45,9% d'inconnu, 10,2% de voisin et 2,9% de conjoint.(53)

Pour plus de précision, on a confronté ce dernier avec le genre des victimes, chose qui nous a permis de retrouver que pour les victimes hommes, l'absence de lien avec l'auteur était significativement plus élevé que pour les femmes suivi directement par le lien de voisinage (47,30%, 35,4%) et pour les victimes femmes, le lien le plus significatif était celui du conjoint par rapport aux hommes, suivi du voisinage puis la famille (46,30%, 20%, 15,4%). ($p < 0,05$)

Aussi, sa comparaison avec le moment de survenu des violences a révélé que les conflits entre voisins étaient significativement plus élevés le soir dans 43,9% des cas puis l'après-midi dans 39% des cas.

Les violences conjugales surviennent à tout moment de la journée avec une petite prédominance dans l'après-midi avec 38,3% des cas, de même pour les violences familiales mais la prédominance est le soir avec 35,1% des cas.

Les violences entre amis sont fortement significatives le soir avec 40,6% et les violences en milieu de travail surviennent à moitié égale le matin et l'après-midi avec 50%.

Les agressions sans aucun lien entre l'auteur et la victime comme pour les vols sont significativement plus élevées le soir avec 41,9% des cas. ($p < 0,05$).

Concernant les variantes des armes blanches utilisées dans notre série, on a retrouvé une nette prédominance des armes piquantes et tranchantes dans 48,6% des cas, types assez fréquents et aisément disponibles dans le marché à des prix dérisoires et retrouvés dans chaque foyer rendant son utilisation plus logique. Ce résultat concorde avec la majorité des études consultées dont les couteaux et les poignards étaient retrouvés à des taux de 26% au Mali et Madagascar, de 59% à Blida et Maroc, de plus de 77% au Tchad, Guinée, Mali, Burkina Faso, Khartoum.

Les armes tranchantes étaient retrouvées dans 34% des cas, taux supérieur à celui retrouvé à Blida de 7,4% et au Madagascar à 6,8%(44,53) représentées par les cutters et les lames de rasoirs, variantes un peu particulières, souvent utilisées par les jeunes pour les vengeances ou pour s'auto-infliger des blessures, du fait de leurs petites tailles les rendant facilement dissimulables dans la main.

En plus dangereux on avait retrouvé les armes tranchantes et contondantes dans 18,4% des cas, taux qui se rapproche de celui de Blida qui était de 17,2%. Comme exemple on peut citer la hache, le sabre et le grand couteau des fastfoods appelé « couteau de chawarma », souvent utilisé dans les bagarres entre commerçant ou par des jeunes malfaiteurs des gangs des quartiers.

Il est à noter ici aussi que l'association de plusieurs armes blanches est retrouvée dans notre série surtout lorsqu'il s'agit d'une agression multiple avec plusieurs auteurs, aussi l'utilisation de d'autres types d'armes était possible et retrouvée à un taux de 34,4% des cas dont les armes contondantes sont en tête avec 60,6% des cas suivis par les armes naturelles avec 33,9% des cas et dans les agressions de vol l'utilisation aussi de gaz lacrymogène est retrouvée dans 5,5% des cas.

Ce constat concorde avec celui de l'étude de Blida qui a retrouvé aussi un taux d'association d'armes à 30,7% des cas dont les armes contondantes sont les plus utilisées. Pour les autres études la notion d'association de plusieurs armes pour une seule victime n'était pas retrouvée mais pour les cas des blessures pénétrantes ou celles des membres, on faisait note de l'utilisation des armes à feu ou des armes contondantes mais sans association avec les armes blanches.

Donc, en plus des violences par armes multiples, qui sont de nature physique dans 95,1% des cas, la violence psychique était retrouvée dans 26,6% des cas et même aussi sexuelle dans 1,4% des cas.

1.2.2. Les données relatives à la prise en charge médicale initiale et médico-légale :

Pour ce qui est de la prise en charge médicale, on a constaté que dans plus de la moitié des cas 54,8%, le pavillon des urgences chirurgicales du centre hospitalo-universitaire d'Annaba était la première destination du fait de son emplacement et la disponibilité des équipes médicales pluridisciplinaires, sinon s'était les unités de soins de base qui étaient sollicitées dans 40,4% des cas. On pense que ces choix étaient motivés par la proximité des lieux de soins et par la gravité des lésions subies.

On a retrouvé aussi que le milieu privé était sollicité dans 0,6% des cas du fait de la disponibilité des cliniques privées dotées d'unités de consultations faisant les gardes de nuits, sinon lorsque les lésions étaient minimes, les victimes se traitaient à domicile dans 5,2% des cas.

La prise en charge initiale était sous forme de soins de base dans les deux tiers des cas à 75,9%, c'est-à-dire nettoyage des plaies, suture et pansement. Le recours à des soins chirurgicaux était retrouvé dans 18,8% des cas lors de blessures graves, taux qui se rapproche des études faites en Mali et en Tunisie qui ont retrouvé des taux de 24,4% et 30,45% respectivement.(7,42)

La nécessité d'une hospitalisation était retrouvée dans 21% des cas soit pour explorations paracliniques et surveillance ou pour explorations et prises en charges chirurgicales, et la durée était de 24 à 48 heures dans 13% des cas et supérieur à 72 heures dans 3,9%, constat bien inférieur à celui fait au Mali dont la durée d'hospitalisation était plus importante pouvant dépasser les 10 jours dans 28,1% des cas.(42)

Cette appréciation de la nature des soins et de la durée de l'hospitalisation nous permet de mettre en exergue le fardeau que peut constituer cette variante de violence en matière de coût et de dépense sur le plan économie de la santé et de suggérer de l'incriminer comme facteur de coût

direct préliminairement en plus des dépenses ultérieurs qui vont être engager en cas de prise en charge des séquelles.(179)

Les lésions profondes, considérées comme critères de gravité de ces violences, étaient retrouvées dans 22,1% des cas, diverses et souvent associées car pour un seul coup, on peut avoir plusieurs atteintes internes en partant de l'extérieur vers l'intérieur du corps.

La petite différence qui existe entre les taux des soins chirurgicaux, l'hospitalisation et les lésions profondes est due au fait qu'il existait des blessures qui avaient nécessité des hospitalisations pour surveillance sans le recours à une intervention chirurgicale, aussi d'autres blessures avaient donné des lésions profondes sans nécessité une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. Par exemple le cas des plaies du cuir chevelu avec fracture sous-jacente, le cas des fractures isolées ou les plaies de la face avec atteinte musculaire...etc.

Dans les lésions profondes, les atteintes musculaires étaient retrouvées dans 35,8% des cas suivie par les lésions tendineuses dans 23,2% et osseuses dans 20,1% des cas. Ces taux se rapprochent de ceux de Boufettal et al. Qui ont retrouvé 22% pour les lésions osseuses et 29% pour les lésions musculo-tendineuses.(49)

On a retrouvé aussi des lésions vasculo-nerveuses dans 15% des cas, des lésions viscérales dans 3,3% des cas et à l'extrême, des amputations de membres ou doigts dans 2,7% des cas témoignant du degré de la gravité et l'importance des conséquences que peut revêtir cette violence.

Concernant maintenant la prise en charge médico-légale, le délai écoulé entre la violence et la consultation en médecine légale était dans 51,7% des cas dans les trois premiers jours dont 11,6% des cas avant 24heures, et dans 33,2% des cas de 72 heures à une semaine, pour l'étude de Conde et al. le pic du délai était entre 24 à 48 heures avec 36,5% des cas et avant les premières 24 heures à 25,4%, taux presque similaires aux nôtres.(177)

Le retard constaté dans la consultation médicolégale pourrait s'expliquer dans notre cas par la prise de rendez-vous des malades, système instauré durant la pandémie du Covid-19 pour une certaine période, aussi il dépend dans certaines situations de la durée d'hospitalisation dans les cas graves et même le fait de bénéficier du certificat de médecine légale sous-entend poursuite judiciaire et donc la décision n'est pas toujours facile à prendre surtout dans les conflits entre proches.

Le mode officiel de la consultation par réquisition des autorités judiciaires était présent dans notre série dans 14% concernant les cas des détenus et quelques cas de mineurs et les cas graves et urgents, pour le reste s'était un mode libre dans 77,2% des cas.

L'examen clinique minutieux des victimes avait permis d'identifier des lésions multiples dans 58% des cas, de types et de gravités variés témoignant de plusieurs coups infligés et d'un acharnement ou d'une association de plusieurs auteurs, contre 42% des cas de lésions uniques, tout en ayant en tête que ce n'est pas le nombre de lésions qui détermine la gravité de la violence car on peut avoir pour une seule plaie un trajet profond avec d'importantes atteintes internes pouvant aller jusqu'à la mort.

Cette explication était recherchée par la comparaison du nombre de plaies avec la présence de lésions profonde et qui a révélé que les atteintes internes étaient plus provoquées par un seul coup (55,9%, $p < 0,05$).

Les lésions les plus retrouvées étaient les plaies simples suturées dans 75% des patients, suivies par les lésions superficielles : les égratignures et les plaies superficielles dans 22,2% et 20,2% des cas et pour les plaies compliquées ou graves, elles représentaient 19,1% des cas. Ces spécificités des plaies concordent avec la nature des armes blanches en cause décrites en amant et nos taux se rapprochent de ceux retrouvés en Guinée par Conde et al. Qui rapportaient 69,07% de plaies simples superficielles et 11,9% de plaies profondes.(177)

On a constaté aussi que les plaies dépassant 6 cm de long touchaient 43,1% des patients suivies des plaies de 3 à 4 cm de long dans 38,6% des cas tout en sachant qu'une seule victime peut présenter plusieurs plaies avec plusieurs mensurations en même temps. Ce critère n'était pas trouvé dans les travaux de comparaison de la littérature.

Pour le siège des lésions, il faut dire d'abord que toutes les régions du corps étaient concernées par cette violence. Dans notre série, on avait retrouvé une prédominance au niveau des membres dans 68,1% des cas majoritairement pour les membres supérieurs à 52,9% des cas, puis s'était l'extrémité céphalique à 49,7% des cas à des taux rapprochés pour le visage et le cuir chevelu, dans certaines études, ils comptabilisent le cou avec l'extrémité céphalique, et pour nous le cou était retrouvé dans 8,6% des cas.

Ces deux sièges étaient retrouvés dans cet ordre uniquement pour l'étude de Blida qui rapportait un taux de 38,9% pour les membres et 17,6% pour l'extrémité céphalique(53) et à moitié pour l'étude de Vulliamy et al. Qui avait rapporté que les blessures par arme blanche aux membres

supérieurs et inférieurs représentaient une proportion significativement plus élevée de blessures par rapport aux autres sièges chez les jeunes inférieurs à 25 ans que pour les adultes.(206).

Pour ce qui est des autres études de comparaisons, la prédominance était pour l'extrémité céphalique puis pour les membres dans la totalité des études, par exemple, l'étude de Conde et al. avait retrouvé un taux de 42,06% pour la tête et le cou et 34,94% (177) pour les membres, même chose aussi pour Diakité et al. Avec des taux de 41,33% et 21,33% respectivement(43).

Cette prédominance pour ces deux localisations vient du fait que c'est les sièges les plus en mouvement avec le corps et les plus saillants et qui se rapprochent de la hauteur de l'agresseur, donc ils sont les premiers à être visés, et aussi pour les membres, le fait de leur utilisation par l'agresseur qui attaque et la victime qui va essayer de se défendre donnera ainsi des lésions de défense d'une valeur médico-légale majeure.

Pour plus de précision quant aux atteintes des membres, on avait approfondi plus en détails le siège des lésions, les résultats retrouvés étaient comme suit :

Au niveau des membres supérieurs, les atteintes distales étaient les plus retrouvées intéressant les mains et poignets dans 52,7% des cas suivies des avant-bras dans 39% des cas avec une prédominance des faces externes et postérieures avec 37,3% et 42,8% des cas, et les deux faces des mains avec 53,4% des cas. Ce constat concorde avec celui des travaux de Saidi et al. Qui avait trouvé 55% (195), et Boufettal et al. Qui avait retrouvé 57,93% des cas.(49) et qui confirme la nature de l'atteinte de ces sièges suite à des gestes de défense et de garde des victimes.

Sur les membres inférieurs, les atteintes proximales étaient les plus retrouvées intéressant les cuisses dans 54,4% des cas avec une prédominance des faces externes et antérieures dans 43% et 36% des cas. Cela concorde aussi aux constats des deux études précédentes. Il faut tenir en compte aussi que pour la même victime, les lésions peuvent être multiples et sièges sur un seul endroit ou être chevaucher sur plusieurs endroits en même temps.

En troisième position, on avait les lésions siégeant sur le tronc dans 23,8% des cas et le thorax était le plus atteint retrouvé dans 78,77% des cas du tronc ou dans 18,6% des cas de la série, taux similaire à celui de Conde et al. Qui avait trouvé 17,46%(177), dont le siège prédominant était la face postérieure avec 61,9% des cas du thorax contrairement à l'étude de Ouadnoui et al. Sur les plaies thoraciques par armes blanches, qui avait retrouvé une prédominance du siège latéral gauche dans 65,3% des cas. (51)

Le siège abdominal était faiblement retrouvé dans notre série à un taux de 3,7% des cas, concordant à la majorité des études retrouvées, à Blida avec 5,3%, au Guinée avec 3,96%, au Madagascar avec 5,48%, au Mali avec 8,3%.(42,44,53,177). Il faut noter que pour une seule victime on peut retrouver plusieurs sièges des lésions en même temps.

Dans notre étude médico-légale, on avait constaté l'usage des armes blanches contre soi-même dans un but de simulation d'agression pour essayer d'obtenir un certificat médical contenant une ITT, et là on avait retrouvé 27 patients concernés par des lésions d'automutilations soit une fréquence de 2,6% des cas, majoritairement des hommes dans 70,4% et le reste 29,6% s'était des femmes. ($P<0,05$).

Notre fréquence pour ce phénomène concorde avec l'étude faite au service de médecine légale de Sidi-Bel-Abbès sur une période de deux ans et qui avait relaté un taux de 2% d'automutilations avec 67% d'hommes et 33% de femmes, et elle est un peu inférieure au taux retrouvé au Maroc dans une étude récente sur les automutilations en milieu psychiatrique menée sur une période d'une année, qui avait retrouvé 6,91% avec une prédominance masculine aussi dans 85% des cas. (115,207).

Dans la littérature, il fait mention dans de nombreuses études d'une prévalence plus élevée en faveur des femmes pour ces lésions, le Centre de recherche sur le suicide de l'Université d'Oxford a fait part que les femmes étaient 04 fois plus exposées que les hommes pour les lésions d'automutilations et le risque de suicide(208).

Bien que le constat soit ainsi, ces données très variables se contredisent avec les chiffres précédemment exposés émanant d'échantillons médico-légaux et donc à interpréter avec prudence. (209) et pour nous, cette prédominance masculine peut être due au caractère de genre de notre série qui est représentés majoritairement par des adolescents et jeunes adultes avec un taux non négligeable d'antécédents toxicologiques et carcéraux pouvant favoriser ce genre de comportements, aussi pour les femmes retrouvées, le recours à l'automutilation est un moyen d'avoir gain de cause pour des violences ne laissant pas de traces sur le corps.

Les critères de diagnostic étaient plus ou moins évidents, présentant des caractéristiques reconnaissables, les lésions étaient souvent multiples dans 96,29% des cas, superficielles dans 92,59% des cas généralement parallèles et orientées dans le même sens dans 85% des cas, uniformes dans 81,48% et groupée dans 62,96% des cas, souvent en majorité de forme linéaire dans 92%.

L'existence de lésions d'hésitation était retrouvée dans la moitié des cas avec la notion de chronicité pour ce genre d'attitudes qui était retrouvée lors de l'examen clinique du reste du corps par la présence de cicatrices anciennes dans 25,92% des cas entraînant pour certains patient une panique suivie d'aveux du caractère auto infligé des lésions dans 18,5% des cas.(210)

Le caractère d'ancienneté est appelé « syndrome d'Automutilations Répétées » qui consiste en la répétition irrésistible d'automutilations impulsives favorisées par plusieurs facteurs déclenchant d'ordres psychiques et souvent motivées par des tendances ou des comportements de prise de risque ou de consommation de substances illicites. (209)

Pour le siège, il était souvent accessible dans 92,59% des cas, et multiple dans 44,44% des cas avec une prédominance pour les membres supérieurs et le tronc dans 25,95% et 22,22% des cas. Le visage et le cou, sièges atypiques, étaient aussi touchés par ce genre de lésions avec des taux de 3,7% des cas pour les deux. Ces résultats concordent avec l'étude du Maroc qui rapportait une prédominance des membres supérieurs à 90% pour les avants bras et 57% pour les bras(207), et aussi celle de Sidi bel-Abbes dans plusieurs critères.(211)

1.2.3. Les données relatives aux conséquences médico-judiciaires et sociales :

Le but principal des victimes en passant chez le médecin légiste est de bénéficier du certificat médical descriptif et interprétatif de coups et blessures contenant une durée d'incapacité qu'est l'ITT (au sens pénal) qui va servir à déposer plainte auprès de la justice et de qualifier les faits.

Pour nous médecins légistes, ce colloque singulier avec nos patients et cette prise en charge ne se résume pas uniquement au côté technique du geste, qui doit être complet et bien entretenu mais aussi au côté humain et bienveillant pour savoir détecter les détresses psychiques et veiller à leurs prises en charges adéquates et précoces, et savoir orienter les victimes soulevant des interrogations et des inquiétudes sur le plan judiciaire quant à la procédure et l'attitude à prendre devant ce genre de situation.

Pour la conclusion des certificats de coups et blessures délivrées pour les victimes de notre série, l'incapacité totale de travail « ITT » était supérieure à 15jours dans 23,6% des cas qualifiant ces agressions de délits en vertu de la législation Algérienne et pour le reste donc les deux tiers des patients, elle était inférieure ou égale à 15 jours avec une durée moyenne de 13,93 +/- 11,46 et des extrêmes allant de 0 à 90 jours.

Le seuil des 15 jours est une barrière médico-légale retrouvée dans la législation Algérienne pour qualifier les infractions, et qui diffère d'un pays à un autre, ainsi dans l'étude de Cherif et al. Au Guinée, ils ont une barrière de 20 jours et le taux d'ITT inférieur ou égale à 20 jours était majoritaire avec 94,59%, et aussi chez Diakité et al. Qui avait retrouvé 74,66% d'ITT inférieures à 20 jours, taux qui correspond à nos résultats.

Sur le plan national, l'étude de Blida avait retrouvé un taux inférieur au notre pour l'ITT supérieure à 15 jours avec 17,6% des cas et cela peut être expliqué que la Wilaya d'Annaba abrite une densité de population plus importante et que les agressions chez nous sont d'une violence plus importante que pour eux, témoignant de la gravité des lésions au début déjà.

La comparaison du taux d'ITT avec le nombre des lésions a révélé que les patients porteurs de lésions uniques présentaient une ITT >15jours significativement plus élevée que les lésions multiples qui étaient significatives pour les ITT ≤15 jours. (52,8%, 61,2%, $p < 0,05$).

Pour les patients porteurs de lésions graves et compliquées chez qui l'évolution après traitement peut être couronnée par l'installation de séquelles, une évaluation des différents préjudices dans le cadre d'une expertise médico-judiciaire ultérieure étaient préconisée dans 23,2% des cas.

Parmi les lésions compliquées, un taux d'amputations post traumatiques de 1,4% était retrouvé d'emblée, témoignant de séquelles définitives avant même de passer à l'expertise et constituant sur le plan pénal, des circonstances aggravantes majorant les peines encourus par les auteurs.

Donc, outre les conséquences physiques et fonctionnelles que peut provoquer l'usage des armes blanches sur le corps des victimes, et tout comme n'importe quel type de violence, les conséquences psychologiques sur la santé mentale et comportementale des patients est un élément très important à rechercher et à apprécier pour déclencher la prise en charge adéquate le plus tôt possible à fin d'éviter l'installation de troubles définitifs qui vont peser lourd en matière de prise en charge médicale et économique aussi.

On citera surtout les troubles en faveur d'un état de stress post-traumatiques, d'anxiété et de dépression.

Le retentissement psychologique aigu chez nos patients était retrouvé dans 67,8% des cas, taux important consolidant la gravité de cette forme de violence sur le plan physique et psychologique.

Ces troubles avaient été détecté d'après le comportement de ces derniers lors de la consultation ou rechercher par l'interrogatoire directe et aussi faisant suite à un entretien spécialisé pour

certain patients, avec une psychologue clinicienne travaillant avec l'équipe médico-légale de notre service. Ils étaient à type de peur dans 18,8% des cas, d'envie de vengeance dans 15,6% des cas, de coller dans 7,4% des cas et surtout multiples dans 20,5% des cas.

Les deux sexes étaient concernés par le retentissement psychologique des suites des agressions mais les retentissements chez les femmes étaient significativement plus élevés que chez les hommes (87,8%, $p<0,05$).

Les troubles multiples étaient significativement plus élevés chez les femmes que les hommes suivis de la peur (43,9%, 17,4%) et pour les hommes, l'indifférence et la vengeance étaient plus significative que chez les femmes (43,9%, 35%, $p<0,05$).

Pour ce qui est du devenir des certificats de coups et blessures délivrés, on a essayé d'avoir une idée sur les suites de ces agressions par la recherche des attitudes envisagées par les victimes. Cela nous a permis de retrouver que trois quarts des cas voulaient déposer plaintes directement et demandaient des conseils sur la procédure à suivre, cette attitude concorde avec les motifs d'agressions les plus retrouvés dans notre série qui s'agissaient de rixe et de vol, ce qui explique la volonté de déposer plainte.

Dans 18,1% des cas, les victimes ne savaient pas quoi faire et voulaient prendre du temps pour réfléchir sur la décision, et ça concernait surtout les violences intrafamiliales où la décision de déposer plainte n'est pas facile à prendre, et en fin une minorité de 3,1% des cas voulaient consulter un avocat pour de plus amples informations sur le sujet et beaucoup plus s'était les cas de femmes victimes de violences conjugales.

L'attitude envisagée pour les deux sexes était majoritairement de déposer plainte, suivie chez les hommes de la décision par la suite et chez les femmes par soit décider par la suite ou consulter un avocat. ($p<0,05$).

La confrontation du lien avec l'auteur et l'attitude envisagée par la victime a révélé que déposer plainte était majoritairement plus élevé dans tous les liens retrouvés que les autres attitudes, suivie par la consultation d'avocat dans les conflits avec le conjoint et décider par la suite pour les violences entre membres de famille ou avec les amis. ($p<0,05$).

Toujours dans la même réflexion, et en connaissance du pourcentage des violences répétées et surtout la notion du même auteur retrouvé précédemment, on avait recherché l'existence d'une plainte en justice déjà en cours contre ce dernier, auteur de l'agression par arme blanche, on avait retrouvé 60 patients soit 5,8% des cas.

La comparaison de cette donnée avec le sexe des victimes et le lien avec l'auteur a révélé qu'elles étaient significativement plus élevées chez les hommes que les femmes et que le lien de voisinage était majoritairement plus concerné par les plaintes antérieures suivi par le lien du conjoint.

Donc les plaintes antérieures étaient significativement élevées dans les violences conjugales récidivantes pour les femmes retrouvées dans 21 cas soit 35% des plaintes antérieures, et dans les conflits de voisinages pour les hommes plus que les femmes ($P < 0,05$).

2. Les violences mortelles par armes blanches et facteurs incriminés

2.1. Les Aspects épidémiologiques

2.1.1. La fréquence de la violence

Le nombre total des autopsies médico-judiciaires réalisées au niveau de l'unité de thanatologie du service de médecine légale du CHU d'Annaba durant la période des deux années de l'étude 2021 et 2022 était de 522 autopsies dont 20 cas de morts violentes par armes blanches soit une fréquence de 3,83% des cas sur deux ans. La répartition annuelle était de 2,55% en 2021 et 4,75% en 2022, cette augmentation ne peut être expliquée correctement sur la base d'une petite durée d'étude, sauf qu'on peut émettre l'hypothèse de la sortie des gens de la période de crise de la pandémie du Covid-19 et le retour à une vie normale, hypothèse à creusée !

Sur le plan national, nos résultats se rapprochent beaucoup aux taux retrouvés dans deux études effectuées dans le cadre de thèses de doctorat en science médicale, la première à Sétif, portant sur les morts violentes criminelles dont le recueil prospectif sur 3 ans (2015, 2016 et 2017) avait permis de mettre en évidence 23 cas de mort violente par armes blanches sur un total de 607 autopsies et donc un taux de 3,78% des cas.(55)

La deuxième à Batna, portant sur l'étude de la mortalité hospitalière et médico-légale réalisée sur une période de 5 ans (de 2018 à 2022) et qui avait permis de mettre en évidence 50 cas de mort violente par armes blanches sur un total de 1034 autopsies et donc un taux de 4,88% des cas.(212)

Ce constat de rapprochement n'est pas bon pour notre wilaya, qui est classée 28^{ème} loin derrière Sétif et Batna en matière de densité de la population selon le classement national(213) et donc ça témoigne d'un taux de criminalité par armes blanches bien plus important que ces précédentes.

Sur le plan international, on avait retrouvé aussi des taux qui oscillaient autour du notre, en Tunisie, un taux faible de 1,5% était retrouvé dans une étude effectuée de 2008 à 2018 sur les homicides par armes blanches dans la région de Kairouan. (56)

En France, une estimation national du taux de décès par armes blanches en 2017 était de 1 à 2% et à Grenoble, dans le cadre d'une étude portant sur les plaies pénétrantes thoraco-abdominales, les armes blanches étaient mise en cause dans 78% des cas avec un taux de mortalité de 2,8% des cas(60). En Angleterre aussi, les crimes aux couteaux étaient retrouvés dans 1,86% des cas de 2015 à 2019 dans le pays.(214)

Ces taux inférieurs à notre constat peuvent être dus à la diminution de la violence et la criminalité dans les pays occidentaux et les pays hautement développés en Europe et en Amérique suite aux programmes préventifs mises en place dans le cadre de lutte contre la violence comme préconisé par « OMS ». (215)

Tandis que dans d'autres pays, en Asie et en Amérique du nord ou latine, et certains pays Africains, les taux ont été bien plus supérieurs à notre fréquence et cela suivant les taux mondiaux de criminalité et de violence dans ces régions qui ont une tendance à la hausse. Représentés en Taiwan à 13,16% des cas d'une étude menée de 1998 à 2015, en Amérique du nord à moins de 20% des homicides après les armes à feu , au Mali à 6,10% des cas d'une étude menée sur 10 mois de 2020 et au Cote d'Ivoire à 57,6% des homicides à domicile à Abidjan sur une période de 06 ans (2015 à 2020). (42,58,62)

2.1.2. Les données sociodémographiques des victimes :

Dans la deuxième série de notre travail qui concernait la violence mortelle par armes blanches, les deux sexes étaient touchés avec une prédominance masculine dans 75% des cas contre 25% de femmes correspondant à un sex-ratio de 3,1. Constat qui correspond à la totalité des études de la littérature qui avaient tous une prédominance masculine des victimes dans leurs échantillons avec des taux qui variaient de 74,1% en Angleterre et du Pays de Galles(214), 82,58% à Taiwan(62), 88,2% en Algérie(8) et 96% en Tunisie(56).

Plus de la moitié des victimes 55% des cas, étaient des jeunes adultes âgées de 18 à 40 ans et 20% des cas de 41 à 50 ans, cela correspond aussi à la majorité des études, en Tunisie 70% des cas avaient un âge entre 21 à 40 ans, en Algérie 72 % des cas avaient un âge entre 20 à 40 ans, en Angleterre 69% des cas avaient un âge entre 16 à 44 ans.

Les personnes âgées de plus de 60 ans étaient retrouvées dans 10% des cas, même chose aussi pour les autres études qui avaient tous des victimes dans cette tranche d'âge dans leurs séries, dans laquelle les victimes sont considérées comme des cibles faciles du fait de leur vulnérabilité et leur faiblesse physique. Par contre les moins de 18 ans étaient absents dans notre série contrairement aux autres études qui eux avaient des victimes dans cette tranche d'âge et cela est peut-être en relation avec la période de l'étude.

La comparaison des deux critères précédents a révélé que 46,7% des hommes étaient âgés entre 31 à 50 ans et le un tiers entre 18 à 30 ans, et pour les femmes 60% étaient âgés entre 31 à 40 ans et les 40% restantes supérieurs à 50 ans. ($p>0,05$)

La majorité des victimes provenaient de la wilaya d'Annaba sauf 20% provenaient des wilayas limitrophes, et 55% des cas provenaient d'un milieu urbain dont la nature d'habitation était l'appartement, les habitations précaires étaient retrouvées dans 20% des cas. En Tunisie, le milieu rural était prédominant retrouvé dans 79% des cas(56)

Pour le statut matrimonial, 55% des cas étaient mariées correspondant à 53,3% de l'effectif masculin et 60% de l'effectif féminin. Les célibataires représentaient 30% des cas et étaient à 100% des hommes. ($P<0,05$)

Le même constat était fait pour les études de l'Angleterre, Taiwan, Cote d'Ivoire et inversement avec des taux plus élevés des célibataires pour les études de Tunisie et de l'Algérie.

Le niveau d'instruction des victimes était en majorité faible ne dépassant pas le niveau moyen dans 85% des cas. Même constat était fait dans les différentes études menées à l'échelle nationale, 98% pour Souidi et Bergheul dans l'étude des homicides en Algérie, 91% pour Messahli à Blida, pour les autres études, cette donnée manquait.(8,53)

La situation professionnelle prédominante dans notre série était les chômeurs dans 60% des cas suivie des professions libérales dans 15% des cas, constat qui se rapproche de celui fait à Blida avec 40% de chômeurs et 19% de profession libérale, et inversement des résultats faits au Cote d'Ivoire avec 38,8% pour les professions libérales et 5,9% de chômeurs, même chose en Tunisie avec que 8% de chômeurs et 89% d'ouvriers. (56,58)

Dans cette série, on avait retrouvé des antécédents personnels chez 40% des victimes (7 hommes et une femme) avec des associations de plusieurs antécédents chez les hommes. Le même constat était fait pour l'étude de Blida avec 55% des cas avec ATCD personnels, aussi pour Souidi et Bergheul avec 25% de consommation d'alcool et 51,1% de condamnation

judiciaire, par contre pour Ben abderrahim, il faisait part que d'antécédents psychiatriques dans 2% des cas.

Les antécédents toxicologiques étaient retrouvés dans 35% des cas, donc dans 100% des hommes, carcéraux dans 20% des cas et c'étaient des hommes, et psychiatrique dans 2 victimes soit 10% des cas, un homme en association avec les autres antécédents et une femme. ($P>0,05$)

Pour ce qui est de la violence répétée, et dans la perspective de maltraitance mortelle, on avait retrouvé 5 victimes soit 25% des cas qui avaient subi des violences antérieures et par le même auteur dont la confrontation avec le sexe a révélé qu'ils concernaient 13,3% des hommes et 60% des femmes. ($P> 0,05$).

Donc dans l'ensemble, le constat qu'on peut faire et compte tenu de ce qui a précédé, la plupart des victimes d'homicides dans notre région avaient, au moment des faits, des conditions socio-économique et intellectuel modestes ou défavorisées, en plus des comportements antisociaux d'addiction toxicologique, de passé criminel et de comorbidité psychiatrique favorisant et aggravant le recours à la violence par armes blanches, comme démontré précédemment aussi pour les violences non mortelles.

2.1.3. Les données sociodémographiques des auteurs :

La majorité des violences mortelles par armes blanches dans notre série étaient le fait d'un auteur unique dans 80% des cas, cela concorde à l'étude de Blida qui avait fait part d'un taux de 69% et à l'étude de Bailey et al En Angleterre qui avait apporté un taux de plus de 80% (53,214). Dans d'autres études, les auteurs multiples agissant souvent dans le cadre de gangs étaient retrouvés au Cote d'Ivoire dans 43,5% des cas (58)et en Angleterre aussi dans une étude qui faisait part que 21% des homicides à Londres étaient le fait d'un gang.(216)

Les auteurs incriminés dans cette forme de violences étaient majoritairement dans 80% des cas des jeunes adultes âgés entre 18 à 40ans, avec un seul auteur dont l'âge était inférieur à 18 ans, constat qui se rapproche de celui de Bailey et al. Qui avait retrouvé plus de de la moitié de l'effectif des auteurs âgés entre 16 à 34 ans, même chose pour Souidi et Bergheul qui avaient retrouvé un pic d'âge des auteurs entre 20 à 30 ans et qui reste stable jusqu'à la fin de la trentaine avec une moyenne d'âge des auteurs de 30,66, rejoignant ainsi les États-Unis (217)et le Canada (218) dans leurs constats sur les homicides qui sont en majorité le fait de jeunes auteurs.

Le milieu de provenance des auteurs était rural dans 50% des cas et urbain dans 40% avec 10% de résultats inconnus, et le statut matrimonial était en faveur des célibataires dans 60% des cas

plus que les mariés retrouvés dans 3 cas soit 25%, correspondant aux résultats de Souidi et Bergheul qui avaient retrouvé 64,2% des auteurs célibataires(8), chose fréquemment constatée aussi dans tous les types d'homicides.

Pour le niveau d'instruction retrouvé, il était faible dans 60% des cas ne dépassant pas le niveau moyen témoignant d'un fort échec scolaire qui va avoir des conséquences sur la qualité de la vie socio-professionnelle également. Les études de comparaisons nationales et internationales montraient aussi que les auteurs d'homicide aux États-Unis, au Canada et en Algérie avaient en majorité un niveau d'instruction bas(8,217,218).

Par ailleurs, cette situation précédente ne peut qu'influencer souvent de manière négative la carrière professionnelle, objectivée dans notre série par la présence de 45% d'auteurs au chômage et de 25% exerçant une profession libérale et 15% des ouvriers, concordant aux résultats de Souidi et Bergheul qui avaient retrouvé 42,5% d'auteurs chômeurs, et cela dans l'ensemble, témoigne que ces auteurs avaient au moment des faits, des conditions socialement modestes.

La comparaison de la situation professionnelle avec les tranches d'âge a révélé que les auteurs âgés entre 19 à 30 ans étaient en majorité des chômeurs (75%) et que ceux entre 31 à 40 ans étaient des ouvriers ou avaient une profession libérale (62,5%) et pour le cas inférieur à 18 ans, il était chômeur, confirmant ainsi notre hypothèse précédente. ($P < 0,05$)

Pour ce qui est des antécédents personnels recherchés chez les auteurs, on avait retrouvé que 65% des cas étaient porteurs d'un ou plusieurs antécédents à la fois, avec 2 cas atteints de pathologies psychiatriques non précisées soit 10% des cas, 4 cas soit 20% des repris de justice, et 60% d'auteurs s'adonnant à des consommations de divers drogues et toxiques. On se rapproche des constats faits par Bailey et al. Qui faisait part de 74,2% d'antécédents judiciaires chez les auteurs et Souidi et Bergheul qui parlaient de 24,7% d'antécédents judiciaires et de 24% d'imprégnation alcoolique des auteurs au moment des faits.(8,214)

La confrontation de ce critère avec les tranches d'âges a révélé que les auteurs âgés entre 19 à 30 ans consommaient en majorité la drogue et d'alcool (87,5%) en association avec des antécédents carcéraux retrouvés dans 37,5%, et pour les auteurs tranches d'âges, ils étaient à 100% pour les antécédents toxicologiques. ($p < 0,05$)

Donc comme en Algérie, d'autres pays comme les États-Unis(219), le Canada (192), l'Allemagne (61) et la grande Bretagne (220), les auteurs d'homicide sont souvent des

consommateurs d'alcool ou de drogues, et idem aux victimes, les conditions socio-professionnel défavorables, le jeune âge et les troubles mentaux et l'antécédent judiciaire contribuent tous au passage à l'acte criminel de ces personnes.

2.2.Les aspects médico-légaux

2.2.1. Les données relatives aux circonstances de production des violences :

Dans notre série, ces violences mortelles par armes blanches avaient une tendance de survenue les jours ouvrables de la semaine dans 65% des cas à n'importe quel moment dans la répartition nycthémérale avec juste une petite prédominance matinale de 5% plus que les autres moments.

Il faut savoir qu'il existe des différences entre pays pour la distribution des jours ouvrables et le week-end, pour cela, la comparaison avec les autres études va être un peu troublée vu que pour nous en Algérie le vendredi et le samedi font le week-end, n'empêche, on avait retrouvé que pour Konaté et al. Le dimanche et le lundi étaient prédominants dans 52,9% des cas, et pour Ben Abderrahim, le vendredi et le dimanche étaient prédominants dans 19% et 17% des cas (56,58)

De même pour la répartition nycthémérale, il y'avait des différences dans la subdivision d'une étude à l'autre, pour nous, on avait retenu : matin (00h à 11h59), après-midi (12h à 17h59) et soir (18h à 23h59), sur ce, pour Konté et al. La prédominance était de (00h à 6h) dans 38,8% des cas suivie de (18h à 23h) dans 31,8% des cas, et pour Ben Abderrahim, la prédominance était de (18 à 24h) dans 49% des cas, même chose aussi pour Messahli avec 56% de (18 à 24H), et aussi pour Souidi et Bergheul, avec deux pics rapprochés de survenue de (6h à 18h) dans 40,1% des cas et (18 à 23h59) dans 39,5% des cas.

Donc, nous notons aucune particularité spécifique pour les jours de survenus, cette forme de violence peut se produire à n'importe quel jours de la semaine avec une petite prédominance aux moments nocturnes contrairement aux autres études qui rapportés une préférence pour les week-ends et la même chose pour le soir comme moment préféré pour cette violence.

Pour approfondir cette réflexion en tenant compte des motifs déclarés, on avait constaté que les rixes et bagarres mortelles étaient survenues majoritairement l'après-midi dans 54,5% des cas suivie du matin dans 27,3% des cas, les querelles de drogue et les vols, à parts égales dans l'obscurité, matin et soir, les querelles pour motif financier c'étaient surtout l'après-midi dans 66,7% des cas, et les violences conjugales avaient une prédominance matinale dans 66,7% des cas. ($p>0,05$).

Concernant les lieux de ces meurtres, on avait retrouvé que le domicile familial et les lieux publics, surtout les quartiers, étaient les sièges de prédilection pour les violences mortelles par armes blanches dans notre série, retrouvés dans 45% et 40% des cas respectivement. Même constat mais inversé, était fait dans le travail de Souidi et Bergheul sur les homicides en Algérie (8) qui avait rapporté 57,4% pour les lieux publics et 42,6% pour le domicile, confirmant ainsi la tendance dans notre pays, aussi pour Ben Abderrahim en Tunisie (56), qui avait rapporté 79% pour les lieux publics et 19% pour le domicile, et selon Scherr et Langlade(221), la majorité des homicides à Paris étaient commis au domicile des victimes.

Les autres lieux retrouvés à raison d'un cas chacun étaient le milieu de travail et la voie publique.

Et dans le but d'avoir de plus amples détails, on avait cherché le lien qui existait entre les victimes et les auteurs, et là, on avait retrouvé que les homicides par armes blanches survenaient majoritairement entre personnes qui se connaissent dans 70% des cas contre 20% d'absence de lien. Cette connaissance était soit dans le cadre commun et superficiel comme les voisins retrouvaient dans 25% des cas représentant le taux le plus important, et les amis dans 15% des cas, soit dans un cadre plus restreint et intime comme le conjoint ou les membres de la famille, retrouvaient dans 15% des cas chacun.

Ces constats confirment les tendances des lieux retrouvées en amant, et concordent aux résultats nationaux de Souidi et Bergheul qui avaient retrouvé 81,6 % d'homicides commis par des personnes connues dont 28% pour les voisins, 21,9% pour la famille et 14,4% pour les amis, ainsi que pour Messahli, qui avait retrouvé que les victimes et les auteurs se connaissaient dans 58% des cas et 33% d'absence de lien. Sur le plan internationale aussi, la majorité des auteurs d'homicides connaissaient leurs victimes dans des études aux États-Unis, au Canada, en France et en Angleterre.(206, 209, 214, 215)

Pour ce qui est des motifs provocateurs du passage à l'acte meurtrier, dans notre série on avait constaté que les rixes ou les querelles étaient retrouvées dans 55% des cas suivies par la vengeance dans 35% des cas, les violences conjugales tout comme le motif d'argent étaient retrouvées chacun dans 3 cas soit 15% des cas. La drogue et le vol dans 10% des cas pour les deux, et la maladie mentale était aussi retrouvée dans 5% des cas.

Selon le travail de Souidi et Bergheul sur la criminalité en Algérie, ils avaient identifié six groupes de motifs de meurtres dans le pays à savoir :

- L'homicide querelleur retrouvés pour eux au taux de 35,4% des cas, c'est le groupe le plus important car généralement les deux antagonistes se connaissent et donc ça peut être des querelles domestiques survenant dans le domicile familial entre les membres de famille ascendants ou descendants ou entre les conjoints, sinon, ils peuvent concerner le milieu extérieur survenant entre voisin ou amis, avec l'existence toujours de d'autres facteurs déclenchant préalables.

Cette prédominance des querelles ou rixes concordait aussi à notre étude et à d'autres travaux à échelle nationale, à Blida (53) avec un taux de 54% et à Sétif (55) avec un taux de 34%, ainsi que pour certains travaux à échelle internationale comme en Tunisie avec un taux de 23% pour les rixes et 51% pour les querelles avec règlement de compte (56), et aux États-Unis avec un taux de 40,7% de cas d'assassinats faisant suite à des disputes (217).

- L'homicide passionnel, retrouvé dans 31,7% des cas de leur étude et qui englobe dans son sens les meurtres entre partenaires intimes, motivées par plusieurs raisons le plus souvent d'ordres émotionnels (jalousie, infidélité, soupçons, et surtout la séparation ou le divorce) nourris par une volonté de possession et un refus de séparation.

Aussi les meurtres vindicatifs ou haineux motivées par un sentiment de vengeance dans la grande majorité des cas constituant la catégorie la plus importante des crimes passionnels retrouvés dans 18,9 % des cas pour Souidi et dans 35% des cas pour notre série, et la même chose, ce motif de vengeance peut être présent dans plusieurs autres motifs et déclencher le passage à l'acte criminel.

- L'homicide dans le cadre d'un vol, retrouvé dans leur travail à un taux de 16,1% et dans le nôtre 10% des cas, aussi à Blida dans 19% des cas et en Tunisie (56) dans 11% des cas. Au Cote d'Ivoire le motif de vol était le plus prédominant retrouvé dans 91,8% des cas.(58)
- Les homicides entre criminels ou amis lors de règlements de compte ou d'activités illicites, animées parfois de sentiment de vengeance, retrouvé dans 4% des cas dans l'étude de Souidi et pour nous on peut l'incriminer dans les pourcentages de drogue de 10% et même pour le motif financier dans 15% des cas.
- L'homicide sexuel, groupe décrit survenant lors d'agressions sexuelles, non objectivé dans notre série.
- Et finalement, une dernière catégorie comprenant d'autres motifs comme l'existence de troubles mentaux des auteurs motivant le passage à l'acte meurtrier était retrouvée dans 3% des cas de Souidi et 5% pour nous. Aussi dans une étude récente en Tunisie portant

sur la relation des troubles mentaux avec les homicides intrafamiliaux menée sur une durée de 23 ans, avait retrouvé que les auteurs étaient majoritairement des hommes (81,7%) avec un âge moyen de 35,2 ans ayant des antécédents de violence répétée contre leur victime dans 60 % des cas. L'arme blanche était incriminée dans 63,7 % des cas et 80% des auteurs présentaient un trouble mental, dont 41,7 % grave. (224)

Pour notre étude, le chevauchement des motifs était retrouvé dans plusieurs cas, chose qui nous paraît logique et qui était objectivée aussi dans la comparaison des motifs avec le lien entre les antagonistes révélant que par exemple, dans le lien familial, le motif de la drogue était à 100%, suivie du motif financier et la maladie mentale donc deux des auteurs étaient des toxicomanes en quête d'argent pour l'un et décompensant une pathologie psychiatrique pour l'autre. Aussi pour le lien du conjoint retrouvé dans 3 cas et dont la vengeance était le motif dans 100% des cas associée aux rixes pour deux cas.

Quant aux homicides de voisinage, ils étaient motivés par les querelles dans 100% des cas avec la vengeance dans un seul cas. Et ceux entre amis, le motif financier était à l'origine de bagarres mortelles.

Donc on a constaté que le motif querelleur prédominait les homicides dans notre Wilaya et en Algérie et piétinait sur les autres motifs, même constat, en plus des précédents, était fait au Sénégal tandis qu'au Niger et au Burkina Faso, la prédominance était pour l'homicide familial et au Côte d'Ivoire s'était l'homicide lié au vol. (143,225)

Egalement, la comparaison des motifs des homicides avec les lieux de survenus a révélé que les rixes dans le domicile des défunts étaient significativement plus élevées que pour les autres lieux retrouvées dans 54,5% des cas suivies des lieux publics dans 36,4% des cas, la même chose pour les homicides par vengeance retrouvés significativement dans le domicile dans 57,1% des cas suivies des lieux publics dans 42,9% des cas. ($P < 0,05$)

Quant aux homicides de vol, ils étaient perpétrés à parts égales dans le milieu de travail et dans les lieux publics, et le motif d'argent pouvait être à l'origine d'homicide à n'importe quel endroit. Et pour les homicides conjugaux, ils étaient exclusivement perpétrés dans le domicile familial. ($P < 0,05$)

2.2.2. Les données relatives à la prise en charge médicale :

Avant de voir les différentes données retrouvées sur la prise en charge médicale des défunts si elle a eu lieu, on avait recherché le lieu du décès, qui pour notre série, était majoritairement dans 65 % des cas survenu soit au cours de l'évacuation des victimes dans 35% des cas ou à l'hôpital dans 30% des cas, et dans 30% le décès était survenu sur les lieux des faits.

Nos constats ne concordaient pas avec ceux de l'étude réalisée à Blida qui avait retrouvé un taux plus élevé pour les décès sur les lieux dans 65% des cas et aussi en Tunisie, où il avait retrouvé un taux de 51% des cas. Cette tendance chez nous peut être expliquée que la majorité des homicides étaient infligés dans des lieux publics découverts et dans le domicile donc il y'avait une tiers personne pour déclencher les secours ou évacuer les victimes rapidement ou que les blessures n'étaient pas rapidement mortelles.

Le délai de survie des victimes était estimé de quelques heures dans la moitié des cas et nul dans 30% et un seul cas après quelques jours d'hospitalisation. Cette durée dépendait des conditions d'évacuations et de la prise en charge médicale entreprise.

Concernant les conditions d'évacuation des victimes, le un tiers soit 35% étaient évacués par un moyen de transport médicalisé permettant aux victimes de bénéficier de soins de réanimation précocement, et dans 30% des cas elle était non médicalisé favorisant ainsi le décès en allant vers l'hôpital.

La prise en charge thérapeutique était retrouvée dans 50% des cas représentée par un passage vers une polyclinique ou lors d'un transport médicalisé ou lors de l'arrivée à l'hôpital.

Elle était précoce dans la première heure après la violence dans 20% des cas, un peu lente entre 1à 4 heures dans 20% des cas et tardive supérieure à 4heures dans 10% des cas. Ce retard de la prise en charge joue en la défaveur des victimes et augmente plus le risque du décès et peut être expliqué par la panique et la méconnaissance de quoi faire ? Où ce diriger ? Ou dans l'attente des secours spécialisés qui arrivent des fois en retard, ou également de l'éloignement des urgences chirurgicales des lieux des faits et son accès souvent troublé par les embouteillages des heures de pointes.

La nature de cette prise en charge thérapeutique était médicale dans 35% des cas, chirurgicale dans 10% des cas et médicale et para clinique dans 5% des cas.

Les victimes arrivées vivantes à l'hôpital, ont passé un court séjour de durée inférieure à 24 heures dans 25% des cas, car soit elles étaient décédées juste après d'admission ou après

quelques heures de celle-ci avant même d'avoir pu donner le temps aux médecins d'intervenir. Un seul cas dans notre série était resté hospitalisé entre 24 à 72 heures et il était traité chirurgicalement mais décédé en post opératoire.

2.2.3. Les données relatives à la prise en charge médico-judiciaire :

La majorité des autopsies 85% des cas, étaient ordonnées et pratiquées dans les premières 24 heures suivant le décès témoignant de la rapidité des démarches judiciaires dans ce genre d'enquêtes ainsi que la rapidité de la prise en charge médico-légale par la disponibilité d'un service formateur doté d'une équipe médical bien structurée travaillant sept jours sur sept dans les unités du service.

On avait retrouvé que les ordres des autopsies émanaient dans la moitié des cas du tribunal d'El-Hadjar, 10% des cas du tribunal de Berrahal et 30% du tribunal d'Annaba avec 10% ordonnées du tribunal de Drea. Cette tendance laisse à réfléchir, est ce que c'est due à la non disponibilité de médecins légistes dans leurs hôpitaux de proximité ? Ou est-ce que c'est l'absence d'unité de thanatologie adéquate qui fait défaut ? Ou est-ce que c'est due à la disposition et la qualité des agglomérations d'habitats et la densité de la populations dans les communes d'Annaba ?

Plus des deux tiers des autopsies étaient effectuées les jours de semaines soit 70% des cas, et le reste soit 30% les weekends témoignant du caractère atypique de la fréquence de survenue de cette violence qui peut survenir à n'importe quel jours de la semaine.

Dans les étapes préliminaires de la prise en charge médico-légale des cadavres, on déplore le manque de sortie pour la levée de corps qui était demandée et réalisée que dans 3 cas soit 15% des cas. Même chose pour la disponibilité du rapport de premières informations émanant des autorités judiciaires qui devrait normalement accompagné systématiquement la réquisition pour autopsie (226) et qui était absent dans 55% des cas, constituant ainsi une entrave et une gêne pour le médecin légiste dans la compréhension et la reconstitution des circonstances de production de la violence.

En sale d'autopsie, les investigations thanatologiques ont permis de constater qu'à l'examen externe, les corps étaient en bonne conservation et présentaient des lividités pâles dans 75% des cas témoignant de la grande déperdition sanguine externe typique des violences par armes blanches. On a noté également la présence de cicatrices d'automutilation récentes et anciennes chez 10% des cas, des cicatrices de plaies suturées dans 5% des cas et des tatouages dans 10%

des cas témoignant qu'ils pouvaient s'agir d'ancien délinquants. Les traces thérapeutiques récentes étaient retrouvées dans 40%.

La recherche et l'examen des lésions de violence sur le corps avaient permis de retrouver une moyenne de plaies de $8,75 \pm 20,50$ avec des extrêmes allant de 1 à 94 plaies et une prédominance des plaies multiples sur les corps des cadavres dans 60% des cas contre 40% de lésions uniques. Ce constat penche vers une tendance d'acharnement dans l'usage de l'arme blanche comme moyen préféré pour ce fait, néanmoins on ne doit pas négliger aussi l'importance et l'impact d'une violence par un seul coup qui témoigne de la gravité de cette variante d'arme par rapport aux autres types du fait de son caractère pointu et aiguisé qui peut pénétrer facilement le corps et entraîner la mort.

Le même constat était fait à Blida (53) et en Tunisie (56) dans leurs études avec des taux de 52% et de 53% des cas en faveur des lésions multiples.

Concernant la disposition des sièges des plaies sur les corps, on avait retrouvé une prédominance pour le tronc dans 60% des cas suivie des membres supérieurs dans 50% des cas et la région cervicale dans 35% des cas. Il faut tenir en compte que pour une seule victime on pouvait avoir plusieurs sièges touchés.

Pour les lésions du tronc, le thorax était le siège le plus touché des agressions, retrouvé dans 60% des cas avec une préférence pour la face antérieure gauche, siège du cœur, retrouvée dans 20% des cas, ou une localisation multiple dans 25% des cas. Ce constat concorde avec la majorité des études de la littérature retrouvant une prédominance du thorax dans les lésions mortelles par armes blanches, en Tunisie à 55% des cas, à Blida dans 57% des cas, au Cote d'Ivoire dans 41,02% des cas.

L'abdomen et la région lombaire étaient touchés aussi dans 15% et 5% des cas respectivement, pour l'étude de Blida aussi l'abdomen était moins touché retrouvé dans 9% des cas, mais en Tunisie et le Cote d'Ivoire, il était placé en deuxième position après le thorax en matière de prédominance avec des taux de 23% et 28,20% des cas.

Pour les membres supérieurs, 30% des atteintes concernaient les bras avec une petite préférence de la face antéro-interne retrouvée dans 20% des cas, suivis des avant-bras dans 20% des cas et surtout la face postérieure qui était la plus concernée dans 10% des cas, et les mains étaient touchées à parts égales dans les deux faces.

Cette prédominance des membres supérieurs en deuxième position et la disposition des lésions retrouvée sur ses différentes parties anatomiques nous renseigne que ces victimes atteintes se sont débattues et ont essayé de se défendre lors des agressions, contrairement aux autres études de comparaison où le siège sur les membres supérieurs était retrouvé en 3^{ème} voir en 4^{ème} position. Les membres inférieurs étaient moins touchés pour nous et les sièges concernés étaient les fesses dans 2 cas soit 10% et la face antérieure de la cuisse et la jambe dans 5% des cas chacune.

La région cervicale, zone médico-légale et mortelle aussi par la présence importante de la vascularisation rendant son atteinte même par un seul cou peut être fatale, retrouvée dans notre série en 3^{ème} position des atteintes, le même constat était fait en Tunisie retrouvé dans 8% des cas, à Blida retrouvé dans 17% des cas et au Cote d'Ivoire dans 12,82% des cas.

Toujours à l'examen externe, l'étude des caractéristiques morphologiques des plaies retrouvées est une étape très importante car elle nous permet d'avoir une idée sur l'arme ou les armes utilisées dans la violence et surtout en l'absence de données préalables sur une éventuelle arme retrouvée sur les lieux des crimes et aussi de déduire le nombre d'agresseur.

Pour nous, on avait eu plusieurs cas avec des plaies diverses sur le corps et la prédominance morphologique était en faveur des armes piquantes et tranchantes représentées par les plaies en boutonnières, avec un bord aigu et l'autre arrondi en faveur d'un seul côté tranchant dans 65% des cas comme les couteaux de cuisine qui concordent avec le siège des faits le plus retrouvé et qui était le domicile familial, et les plaies avec deux bords aigus qui étaient en faveur de deux côtés tranchants comme le poignard par exemple, retrouvées dans 25% des cas.

Pour les autres études aussi la prédominance était pour les armes blanches piquantes et tranchantes sans donner de spécificité morphologique des plaies, retrouvées dans 50% au Cote d'Ivoire, dans 89% en Tunisie, dans 62,2% en Algérie pour l'étude de Souidi et Bergheul et dans 61% dans l'étude de Messahli.

Les plaies contuses étaient retrouvées dans 15% des cas pouvant renseigner sur des armes tranchantes et contondantes retrouvées à Blida dans 8% des cas et au Cote d'Ivoire dans 7,6% des cas. Les égratignures et les plaies superficielles dans 25% et 10% des cas respectivement, et les plaies de défense dans 15% des cas, retrouvées aussi à Blida dans 27% des cas.

Toutes les lésions retrouvées avaient des signes de vitalité sauf dans deux cas 10% où il y'avait des lésions de mutilation post-mortem en plus des plaies vitales mortelles. A Blida ils avaient retrouvé 17% de lésions post-mortem.

Aussi, en plus des plaies par armes blanches, on avait retrouvé dans la moitié des cas 50% d'autres lésions de violences associées à type de contusions dans 30% des cas, des fractures dans 10% des cas et on avait un cas de mutilation grave touchant le cou et le visage avec tentative de décapitation du cadavre. Pour les autres études, Ben Abderrahim avait retrouvé 17% de lésions associées à type de contusions aussi.

A l'autopsie proprement dite et à l'exploration interne, l'association de plusieurs lésions internes pour une même victime et pour un seul coup était possible et fréquente, et ces lésions étaient dominées par les atteintes vasculaires (cœur et vaisseaux) dans 95% des cas, puis les poumons dans 30% des cas, les organes pleins dans 20% des cas et creux dans 10% des cas et on a noté une atteinte du crâne et du cerveau dans un seul cas 5%.

Pour l'atteinte de la vascularisation, le siège thoracique était le plus fréquent avec 40% des cas dont 35% pour le cœur et 5% les gros troncs thoraciques. Les vaisseaux du cou étaient atteints dans 30% des cas, puis l'artère humérale était atteinte dans 20% des cas et fémorale dans 5% des cas, donc l'atteinte des vaisseaux était retrouvée dans 60% des cas. Pour les autres études, en Tunisie aussi l'atteinte cardiaque était prédominante dans 54% des cas mais les vaisseaux périphériques étaient retrouvés que dans 27% des cas, à Blida aussi le cœur était retrouvé dans 38% des cas.

Les examens complémentaires toxicologiques étaient systématiquement réalisés dans 95% des cas, les résultats des analyses avaient révélé un seul cas positif pour l'alcoolémie. Contrairement à l'étude de Blida ou ils avaient retrouvé un taux d'imprégnation alcoolique dans 14% des cas et une association de divers drogues dans 23% des cas, et pour l'étude de Tunisie aussi ils avaient retrouvé un fort taux l'alcoolémie positive dans 72% des cas.

Les autres analyses complémentaires histologiques, biochimiques et biologiques et génétiques étaient demandées selon la nécessité dans 10% des cas.

Finalement, la forme médico-légale la plus fréquente était l'homicide ou les crimes de sang retrouvés dans 90% des cas, Le suicide dans un seul cas faisant suite à un homicide conjugal et un cas de décès accidentel par chute sur une arme tranchante survenant dans un contexte de vol.

3. Les enjeux et les implications de l'usage des armes blanches dans les différents types de violences :

En fonction de la thématique de notre travail qui vise à étudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des blessures par armes blanche et selon les résultats et les discussions suscitées, on a essayé de cerner le maximum d'informations et de renseignements sur la problématique de l'usage des armes blanches dans notre société. Moyen fréquent et disponible à la portée de tout le monde le rendant le premier moyen utilisé dans la violence mortelle en Algérie contrairement à d'autres pays où les armes à feu occupent cette place, et le troisième moyen dans la violence non mortelle.

Son implication dans les différentes formes de violence à des taux disparates était démontrée dans notre travail, soulevant ainsi la nécessité de multiplier les recherches sur cet axe dans les autres régions du pays pour avoir une vision globale et efficace sur la question, et selon la typologie des différentes formes de violence par l'OMS, on va exposer les voies d'incrimination de l'arme blanche dans chacune respectivement :

Dans la violence interpersonnelle familiale : notre travail a permis de retrouver un lien de sang entre les victimes et leurs auteurs dans les violences non mortelles par armes blanches chez 74 cas soit 7,10%, dont 19 femmes et 55 hommes, parmi eux on avait :

- Trois cas inférieurs à 18 ans donc 4,1% de violence infantile ;
- Cinq cas supérieurs à 60 ans donc 6,8% de violence à l'égard des personnes âgées ;
- Et 66 cas entre les deux donc 89,18% de violence entre fratrie ou lien de parenté autres ascendants dans la famille.

Dans la violence mortelle par arme blanche, on avait retrouvé aussi 3 cas d'homicide dont deux féminicides et un homme, représentant 15% des cas, parmi eux on avait :

- Deux cas supérieurs à 60 ans donc 66,7% de violence mortelles sur personnes âgées ;
- Un seul cas âgé entre 51 à 60 ans donc 33,3% des violences familiales mortelles.

Dans la violence interpersonnelle conjugale : on avait identifié pour les violences non mortelles par armes blanches la présence de 60 cas de violence conjugale soit 5,8% des cas, répartie selon le sexe à 5% d'hommes et 95% de femmes, la tranche d'âge féminine entre 18 à 30 était significativement plus touchée que les autres (25 cas/ 41,5%) suivie des 31 à 40 ans (23 cas/ 38,3%). ($p < 0,05$)

Dans 53 femmes soit 88,33% des femmes violentées par leurs conjoints, elles avaient des antécédents de violences antérieurs par le même auteur avec 26 femmes soit 43,33% ayant déjà une plainte en justice contre leurs maris.

Pour ce qui est des violences mortelles, on avait dans notre série 3 cas d'homicides conjugales de sexe féminin avec pour deux des trois des antécédents de violences antérieures par le même auteur qui est le conjoint dont le principal motif retrouvé était la vengeance.

Dans la violence interpersonnelle communautaire : on avait retrouvé dans la série des violences non mortelles :

- La violence entre voisins : très répondue retrouvée chez 351 victimes soit 33,8% des cas dont le principal motif était les querelles retrouvées dans 70,1% des conflits de voisinage suivies par la vengeance et les motifs financiers.
- La violence entre amis : retrouvée chez 84 victimes soit 8,1% des cas dont les principaux motifs étaient les rixes et la drogue.
- La violence en milieu de travail : retrouvée chez 12 victimes soit 1,2% des cas dont les principaux motifs étaient les rixes et la vengeance.
- La violence en milieu carcéral : retrouvée chez 6 victimes soit 0,57% des cas.
- La violence et la maladie mentale : retrouvée chez 3 victimes et elle était dirigée contre le conjoint dans deux cas et contre un ami dans le troisième cas.
- Les autres formes de violence communautaire urbaine dont il existait aucun lien entre les deux antagonistes, retrouvées chez 450 cas, soient 43,39% des cas dont les motifs peuvent être variés.
- La violence urbaine sur mineurs : l'effectif des moins de 18 ans était de 104 cas dans notre série, et on écartant le nombre inclus dans la violence familiale, il nous reste 101 mineurs représentant un taux de 9,73% des cas de violence urbaine sur mineurs et principalement il n'avait pas de lien entre les antagonistes, sinon s'était un lien de voisinage dans 32,67% des cas de mineurs, et d'amitié dans 11,88% des mineurs.
- La violence urbaine sur personnes âgées : la même chose, on avait un effectif total de personnes âgées de plus de 60 ans de 19 cas, et en excluant 5 cas de violence familiale et un cas de violence conjugale, il nous reste 13 cas de violences urbaines sur personnes âgées représentant un taux de 1,25% des cas et les liens les plus retrouvés avec l'auteur étaient de voisinage dans 8 cas soit 51,53% des sujets âgés puis s'était l'absence de lien.

Dans la série des violences mortelles par armes blanches, le constat était en faveur de :

- Violence entre voisin : retrouvée chez 5 cas soit 25% des cas dont le principal motif du passage à l'acte meurtrier était les querelles dans 100% des cas animées de sentiment de vengeance dans certains cas.
- Violence entre amis : retrouvée chez 3 cas donc 15% des cas dont les motifs étaient des rixes pour des raisons d'argent pour les trois.

Dans la violence auto-infligée :

- les résultats de notre travail sur les violences des victimes vivantes par armes blanche avaient révélé 27 victimes s'adonnant à des lésions d'automutilations par des armes blanches surtout de type tranchantes, et dont la répartition selon le sexe avait retrouvé 19 hommes soit 70,40% et 8 femmes soit 29,6%.($p < 0,05$)
- la série des victimes décédées quant à elle, avait retrouvé un cas de suicide par arme blanche survenant dans un contexte d'homicide conjugal suivi d'une auto- élimination de l'auteur. Le motif était une bagarre entre les deux aminée d'une envie de vengeance du mari et survenant dans le domicile familiale.

4. Limites de l'étude :

La thématique de notre travail s'est intéressée à l'usage des armes blanches dans les violences mortelles et non mortelles, reçues et examinées dans les unités de thanatologie et d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU d'Annaba. Deux séries de victimes ont été dressées et colligées dans la période de l'étude, qui était d'une année pour les victimes vivantes et deux ans pour celles décédées.

Pour le recueil des données, on avait opté pour un mode prospective pour les deux séries dans le but de réunir le maximum d'information sur notre sujet et permettre de cerner les différentes facettes de cette forme de violence et donc maximisé le plus possible la représentativité de nos résultats, néanmoins, certains biais du travail ont été retrouvés.

Notre série sur les victimes vivantes est jugée partiellement représentative de l'ensemble des victimes de la Wilaya d'Annaba vu qu'il existe un autre pôle de consultation médico- judiciaire à l'hôpital d'El-Hadjar qui accueille et prend en charge aussi des victimes de tout type de violences dont par armes blanches, aussi, à notre niveau au CHU, ce n'est pas systématique que chaque personne violentée va passer à l'hôpital et encore plus aller voir le médecin légiste. Au contraire, la série des victimes décédées est représentative de tous les décès violents par armes

blanches de notre Wilaya vue que la seule unité de thanatologie de la Wilaya se situe dans notre service et peut accueillir même des autopsies des wilayas limitrophes.

Le recueil des données était fait par plusieurs médecins différents, certes bien formés sur les items et les différentes rubriques des questionnaires par plusieurs séances de travail préalables, n'empêche, il existait un certain pourcentage d'appréciation personnelle portant surtout sur des critères subjectifs ou non bien délimités même en matière de littérature comme par exemple le critère de la nature d'habitat entre urbaine et rurale qui était difficile à apprécier surtout pour certaines adresses.

Les données concernant les victimes n'avaient pas posé de problèmes puisque c'était un interrogatoire direct avec les concernées lorsqu'elles étaient vivantes, ou avec la famille lorsqu'elles étaient décédées et c'est là où parfois les informations étaient imprécises ou manquées même avec le recours aux autorités judiciaires.

Les données concernant les auteurs pour les deux séries étaient aussi parfois imprécises voir manquantes lorsque ces derniers étaient inconnus.

Le retentissement psychologique était laissé à l'appréciation du médecin légiste lors de son entretien avec les victimes sauf pour certaines situations ayant nécessitées l'orientation vers la psychologue clinicienne du service. Donc les réponses peuvent ne pas être représentatives vue le caractère subjectif de l'interprétation des réponses.

Pour les personnes décédées, la participation aux levées de corps n'était pas systématique et le rapport de premières informations des OPJ faisait souvent défaut.

Chapitre 05 : Conclusion

La réalisation de ce travail se veut d'être une réflexion concrète sur la réalité de l'usage des armes blanches dans les différents types de violences mortelles et non mortelles dans notre région et dans la société, et une contribution qu'en espère efficace et enrichissante pour les données à exploiter sur le plan scientifique, épidémiologique et médico-légal sur cette thématique sur le plan local, national et international.

Notre travail met l'accent sur la dangerosité de l'arme blanche employée à mauvais escient, arme disponible dans tous les foyers et facile d'acquisition, dont l'usage dans des actes de violences est devenue un phénomène grandissant ayant un impact considérable sur le plan physique et psychologique des victimes ainsi que sur le plan judiciaire et économique.

Cette violence est retrouvée à un taux de 16,76% de l'ensemble des victimes reçues en consultation dans notre service à raison de deux victimes sur dix par jours, et un taux de 3,83% de l'ensemble des décès explorés chez nous donc à raison de presque une autopsie de violence mortelle par mois, ces constats sont non négligeables et reflètent l'importance de cette forme de violence faisant de la Wilaya d'Annaba une zone médico-légale par rapport aux autres wilayas du pays.

Il est à retenir dans nos résultats, et à l'instar des facteurs de risques incriminés, selon l'OMS, dans la survenue des violences interpersonnelles, que la plupart des victimes et des auteurs des deux séries de l'étude, avaient aux moments des faits, des conditions socio-économiques et intellectuelles modestes ou défavorisées, et des comportements antisociaux d'addiction toxicologique, de passé criminel et de comorbidité psychiatrique dans certains cas, favorisant et aggravant le risque de subir ou d'infliger des violences par armes blanches.

Le profil épidémiologique des victimes vivantes et décédées présente beaucoup de similitudes à travers les paramètres étudiés.

La notion de violence répétée est retrouvée pour les victimes des deux séries et pour les deux sexes à raison d'une victime sur dix, et le plus souvent par les mêmes auteurs. Pour les femmes, c'est les conjoints qui leurs font infliger des violences répétées et de différentes formes, constituant un réel problème qui témoigne de la recrudescence de la violence jusqu'à en arriver à l'usage de moyen plus dangereux comme les armes blanches qui peuvent entraîner la mort.

Pour ce qui est des auteurs, il ressort que le passage à l'acte violent est souvent solitaire, émanant d'hommes jeunes âgés de 18 à 40 ans, célibataires, ayant un niveau d'instruction faible, souvent sans emplois ou exerçant une profession libérale, provenant d'un milieu urbain

pour les violences non mortelles et d'un milieu rural pour les violences mortelles, ayant des antécédents d'habitudes toxiques souvent de poly consommation, des antécédents d'incarcération et de pathologie psychiatrique aussi dans certains cas.

Concernant les circonstances de production, les deux types de violences ont une préférence pour les jours de semaines, de 16 heures à 23 heures pour les agressions non mortelles et la période nocturne ou matinale pour les mortelles.

Le milieu extérieur est le siège de prédilection des agressions non mortelle dans notre série surtout au niveau des quartiers et des routes suivi par le domicile familial car le motif le plus retrouvé est les rixes survenant entre des antagonistes qui souvent ne se connaissent pas, et lorsqu'ils se connaissent c'est dans le cadre de relation familiale, d'amitié ou de travail.

Ces constats différents pour les violences mortelles chez qui la tendance des lieux de survenue est inversée et la prédominance est pour le domicile familial puis les lieux publiques car souvent les antagonistes se connaissent et les motifs sont souvent intriqués.

Sur le plan médico-légal, les victimes vivantes se présentent majoritairement seules à la consultation spécialisée de médecine légale. Le bilan lésionnel de l'examen clinique penche souvent vers des lésions multiples à type de plaies simples de mensurations variables et souvent importantes dépassant les 5 à 6cm de long, pouvant siéger sur plusieurs régions du corps pour un même patient mais on note une prédominance pour les membres supérieurs. Ces lésions sont le fait d'armes piquantes et tranchantes dans la moitié des cas et l'association de d'autres armes est rarement retrouvée.

Ces lésions ont motivés une fixation d'une ITT pénale dépassant le seuil de délit dans deux patient sur dix aussi on a retrouvé un taux de séquelles définitives de cas d'amputations.

L'attitude envisagée par la majorité des victimes est de déposer plainte auprès des autorités compétentes.

En ce qui concerne la prise en charge médico- judiciaire des victimes décédées, on constate que le médecin légiste est rarement sollicité dans les levées de corps et la non disponibilité du rapport de première information des OPJ dans certains cas, rendant la tâche parfois difficile aux médecins légistes.

L'étude morphologique des lésions nous oriente souvent vers la nature des armes utilisées qui sont souvent de type piquantes et tranchantes provoquant des plaies en boutonnières.

Les atteintes internes sont diverses et souvent associées témoignant de la particularité pénétrante des armes blanches qui fait leur gravité.

La forme médico-légale de la mort par armes blanches est le plus souvent criminelle dans le cadre d'homicides, peut être aussi suicidaire et on a eu un cas de combinaison de suicide-homicide.

Au terme de ce travail, on a pu mettre l'accent sur la gravité de l'usage des armes blanches dans la violence au quotidien, retrouvées dans toutes les variantes interpersonnelles et même les variantes auto-infligées.

Elles constituent un moyen disponible et facile d'accès dont l'usage à mauvais escient provoque des conséquences graves sur tous les plans personnels : physique et psychologique, familiale et sociale rendant ce phénomène un véritable problème de société et de santé publique.

Cependant, dans la perspective de le combattre et minimiser sa production, on doit appréhender et agir sur les différents facteurs incriminés dans sa survenue et sa prolifération dans la société, et nécessite l'intervention de plusieurs acteurs de différents secteurs agissant tous dans un combat pluridisciplinaire sur tous les plans préventif, répressif, médicale et médico- légale.

Le médecin légiste fait partie des maillants intermédiaires de cette chaîne par sa contribution directe près des victimes vivantes ou décédées ou indirecte par les différentes données exploitables des rapports d'autopsies et des travaux de recherche scientifiques.

Chapitre 06 : Recommandations

Notre travail a permis de dresser un constat sur les données épidémiologiques et médico-légales de la violence mortelle et non mortelle par arme blanche dans la Wilaya d'Annaba à travers l'activité du service de médecine légale du CHU d'Annaba. Il a confirmé clairement que l'usage d'armes blanches dans les actes de violence est de plus en plus fréquent dans notre région et peut avoir des conséquences graves sur le plan personnel, familial, communautaire et sociétal. Son mode d'expression est complexe et variable qui empiète sur toutes les autres formes de violences. Dans cet aspect et selon les constats faits lors de notre étude, nous proposons les recommandations suivantes :

Sur le plan général : les recommandations ici vont vers les différents axes préventifs de lutte contre la violence dans les différents secteurs et nous proposons :

- Renforcer la collecte de données sur cette forme de violence et son extension dans les autres types de violence en générale afin de révéler l'étendue exacte du problème et cela par l'encouragement et la multiplicité des recherches et travaux scientifiques dans les différentes spécialités pouvant accueillir ou prendre en charge les patients victimes de blessures par armes blanches, vue que la majorité des données retrouvées appartenaient à des services divers.
- La création et la mise en place d'unités d'observation de la violence dans chaque structure hospitalière de la Wilaya d'Annaba constituées de professionnels de santé dont un médecin légiste et un épidémiologue.
- Centraliser la collecte d'information recueillies dans les unités suscitées par la création d'observatoires régionaux par Wilaya dédiés aux phénomènes de violences, chargés de travailler en collaboration avec les services des autorités judiciaires afin de transmettre des rapports d'informations sur le sujet annuellement à un observatoire national spécialisé, travaillant sous l'égide de l'institut national de santé publique, qui va être chargé de synthétiser un état global servant de référence pour les travaux de recherches à venir et d'indicateurs dans l'évaluation de l'impact des différentes politiques menées dans le cadre de la lutte contre la violence.
- Renforcer et consolider les efforts et les capacités en matière de prévention de la violence et agir en profondeur dans le développement et la promotion des différents programmes préventifs sur le plan personnel, relationnel, communautaire et sociétal, concernant les personnes à risque d'être victimes ou auteurs de violence surtout les adolescents, jeunes adultes et les femmes. Cela par la sensibilisation et l'information des dangers de la violence et les comportements agressifs sur la personne et la société

et surtout d'extension de ce fléau à l'usage d'armes dangereuses comme les armes blanches.

- Améliorer des conditions socio-économiques des ménages.
- Lutter efficacement contre le chômage par le renforcement des programmes visant à accueillir les adolescents expulsés des établissements éducatifs afin d'occuper leur temps libre et de les aider de retrouver leur chemin dans le monde du travail en leur permettant une réintégration sociale correcte.
- Améliorer les infrastructures urbaines par la nécessité de mettre en place des programmes et des politiques d'urbanismes solides et inclusives suivant les normes internationales recommandées pour promouvoir la sécurité dans tous les habitats des villes et diminuer le nouveau fléau du banditisme des quartiers.
- Lutter efficacement contre la délinquance et la toxicomanie par la surveillance des points de ventes, des personnes repris de justice et le renforcement de la sécurité dans les quartiers à haut risque dans la wilaya.
- Renforcer et adapter les textes législatifs actuels et réévaluer et élargir la définition des armes blanches en faisant la distinction des armes blanches proprement dites et les armes contondantes, et en incluant les différentes variantes existantes.
- Intégrer le terme « féminicide » dans la législation répressive Algérienne dans le but de valoriser cette entité.
- Amélioration et renforcement de la sécurité et des conditions d'incarcération dans les prisons pour minimiser et combattre la violence en milieu carcéral.

Sur le plan médical et médico-légal :

- Réfléchir sur la faisabilité de rendre l'accès aux pavillons des urgences fluide et accessible pour faciliter l'acheminement des victimes sans retards.
- Intégrer des connaissances de secourisme de base sur différentes situations dangereuses pouvant faire face à n'importe quelles personnes, dans le programme éducatif à bas âge pour donner la chance aux citoyens de pouvoir réagir le moment opportun et minimiser les conséquences.
- Assurer le suivi après hospitalisation des malades présentant des troubles mentaux ayant un certain potentiel de dangerosité pour leur entourage.
- Veuillez à rendre systématique la présence d'un médecin légiste dans les scènes de crime à fin d'apporter son savoir-faire sur les lieux avant d'intervenir dans la salle d'autopsie.

- Avoir une réflexion appropriée et approfondie sur la réglementation indemnitaire et la création d'un barème national spécifique pour le dommage corporel avec élargissement des différents préjudices.
- Promouvoir et veiller à une meilleure collaboration interservices, entre les différents services de la santé et aussi avec les autorités judiciaires, dans le cadre d'échange d'information et la réalisation des différentes investigations sur les victimes des blessures par armes blanches, pour faciliter le travail du médecin légiste et aider à lever toutes les ambiguïtés sur les circonstances des faits et la prise en charge initiale si elle a eu lieu et contribuer efficacement dans l'apparition de la vérité.
- Détecter, prendre en charge et orienter les patients présentant des violences auto infligées témoignant d'une détresse psychologique afin d'éviter un éventuel passage à l'acte suicidaire et cela par la participation active de plusieurs organismes de santé mentale, généralistes, services sociaux et psychologues dans les différents établissements scolaires et de la santé pour identifier précocement les jeunes à risque.

Chapitre 07 : Bibliographie

1. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde [Internet]. [cité 20 juin 2023]. Disponible sur:
https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:a0AvuzlZVLoJ:scholar.google.com/+rapport+de+situation+de+2014+sur+la+violence+dans+le+monde&hl=fr&as_sdt=0,5
2. World Health Organization. Preventing injuries and violence : an overview. [Internet]. Genève: Global Health Estimates, 2019; 2022. Disponible sur: Social Determinants of Health – Global (who.int)
3. Les homicides tuent beaucoup plus de personnes que les conflits armés, souligne une nouvelle étude de l'ONU | ONU Info [Internet]. 2019 [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2019/07/1047041>
4. Self-défense couteau et défense personnelle [Internet]. [cité 7 nov 2023]. Décès au couteau par pays en 2022. Disponible sur: <https://www.kragma.org/self-défense-et-couteau/décès-au-couteau-par-pays-en-2022/>
5. Étude nationale sur les morts violentes - 2020 au sein du couple. Ministère de l'intérieur Français ; 2020 déc.
6. Vinnakota D, Rahman QM, Sathian B, Bai ACM, Deividas N, Pellissery MV, et al. Exploring UK Knife crime and its associated factors: A content analysis of online newspapers. *Nepal J Epidemiol*. 31 déc 2022 ;12(4):1242-7.
7. Bardaa S, Makni C, Kammoun J, Belhaj A, Hammami Z, Maatoug S. Violences volontaires graves et conséquences médico-légales. *Revue de l'activité du service de médecine légale de l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax, Tunisie. Médecine Droit*. août 2019; 2019(157):82-8.
8. Souidi B, Bergheul S. L'homicide en Algérie : étude exploratoire documentaire sur 604 dossiers d'enquêtes d'homicides. *Rev Médecine Légale*. mars 2021;12(1):22-34.
9. LNR R. La Nouvelle République Algérie. 2022 [cité 8 nov 2023]. 10.000 arrestations pour port d'armes blanches et agressions. Disponible sur: <https://www.lnr-dz.com/2022/08/09/10-000-arrestations-pour-port-darmes-blanches-et-agressions/>
10. Rédaction. Annaba : La sûreté de wilaya livre son bilan [Internet]. La patrie news. 2023 [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://lapatrienews.dz/annaba-la-surete-de-wilaya-livre-son-bilan/>
11. Arme blanche : Tout savoir sur le sujet [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.fusil-calais.com/fr/content/145-arme-blanche>
12. ERIC BACCINO. Médecine légale clinique : médecine de la violence, prise en charge des victimes et agresseurs. Elsevier Masson SAS. 62 rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-Les-Moulineaux cedex ; 2015. 308 p.

13. JORADP. Ordonnance N°97-06 du 21 janvier 1997 relative aux matériels de guerre, armes et munitions. [Internet]. p. 16. Disponible sur: www.joradp.dz
14. JORADP. Décret exécutif N°98-96 du 18 mars 1998 fixant les modalités d'application de l'Ordonnance N°97-06 du 21 janvier 1997 relative aux matériels de guerre, armes et munition [Internet]. p. 34. Disponible sur: www.joradp.dz
15. Conde N, Bah ML, Diallo AM, Konate G, Diallo AO, Camara O, et al. Les plaies par armes blanches à Conakry : aspects épidémiologique et médico-légal. *Rev Médecine Légale*. 1 déc 2019 ;10(4):146-50.
16. JORADP. Ordonnance N°66-156 du 08 juin 1966 portant code pénal,modifiée et complétée [Internet]. 2015 p. 372. Disponible sur: www.joradp.dz
17. Organisation mondiale de la Santé, WHO Collaborating Centre for Violence Prevention. Prévention de la violence : les faits [Internet]. Violence prevention: the evidence. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 13 mai 2023]. (Série d'exposés sur la prévention de la violence;). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92490>
18. Michaud Y. Définir la violence ? *Cah Dyn*. 2014;60(2):30-6.
19. M. Debout; M. Durigon. Médecine légale clinique: médecine et violence. Marketing. 32, rue Bargue 75015 Paris: Ellipses; 1994. 208 p.
20. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
21. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
22. Chesnais JC. Les morts violentes dans le monde. *Popul Sociétés*. 2003;395(10):1-4.
23. Larousse É. Définitions : arme, armes - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/arme/5281>
24. Expression française - Une arme blanche [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.notretemps.com/expressions/une-arme-blanche-66>
25. P.F. Ceccaldi; M. Durigon. Médecine légale à usage judiciaire. CUJAS. Paris; 1979. 606 p.
26. Shutterstock [Internet]. [cité 9 nov 2023]. Arme blanche : 2 921 376 images, photos de stock, objets 3D et images vectorielles. Disponible sur: <https://www.shutterstock.com/fr/search/arme-blanche>
27. Belhadj Lahcène. Les blessures par armes blanches Aspects Médico-légaux. Université Djillali Liabes de Sidi Bel-Abbes faculté de médecine ; 2006.
28. l'UFA JJB fondateur de. Comment classer une arme blanche ? [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.armes-ufa.com/spip.php?article1432>

29. Opinel. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 10 juill 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Opinel&oldid=205046148>
30. Définition de cran d'arrêt | Dictionnaire français [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/cran-d-arret>
31. Larousse É. Définitions : canif - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/canif/12699>
32. Organisation mondiale de la Santé. Traumatisme et violences : les faits. [Internet]. 20, Avenue Appia CH-1211 Genève 27 Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2014. 20 p. Disponible sur: www.who.int/violence_injury_prevention/en/
33. Violence chez les jeunes [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
34. World Health Statistics [Internet]. [cité 9 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
35. The global health observatory, OMS. Estimates of rate of homicides (per 100 000 population) [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimates-of-rates-of-homicides-per-100-000-population>
36. Baptiste SJ, Van Den Boogaard W, Letoquart JP, NDong JG, Jonacé G, Télémaque LF. Les traumatismes abdominaux en Haïti. Public Health Action. 1 août 2023;13(2):1-6.
37. Bège T, Berdah SV, Brunet C. Les plaies par arme blanche et leur prise en charge aux urgences. J Eur Urgences Réanimation. déc 2012;24(4):221-7.
38. Rybisar Van Dyke M, De Puy J, Von Gunten A, Romain-Glassey N. Personnes âgées victimes de violence communautaire : étude descriptive et rétrospective de victimes ayant consulté à l'Unité de médecine des violences du CHUV, Suisse. Rev Médecine Légale. mars 2023;14(1):100374.
39. Coid J, Zhang Y, Zhang Y, Hu J, Thomson L, Bebbington P, et al. Epidemiology of knife carrying among young British men. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021;56(9):1555-63.
40. Reilly JJ, Naumann DN, Morris L, Blackburn L, Brooks A. Injury by knife crime amongst children is associated with socioeconomic deprivation: an observational study. Pediatr Surg Int. 2023;39(1):8.
41. Nghokem kenmoe Cyrielle. violences volontaires : les aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes au CHU de point G. [Mali]: des sciences de techniques et de technologie de Bamako, Faculté de médecine; 2017.

42. Sall DBB. Aspects épidémiologiques et médico-légaux des coups et blessures volontaires par armes blanches dans le service de neurochirurgie du chu Gabriel Touré de Bamako. 2021;121.
43. Diakité MS. Les coups et blessures volontaires aspects épidémiologiques et médico-légal dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Toure DE Bamako. Université de Bamako;
44. Razafimanjato NNM, Tsiambanizafy GO, Ravoatrarilandy M, Razafimahandry HJC, Samison LH, Rajaonera AT, et al. Aspects chirurgicaux des plaies thoraciques pénétrantes par arme blanche dans un pays à ressources limitées : à propos de 73 cas.
45. Maurice DZ. Aspects épidémiologiques et résultats thérapeutiques des plaies pénétrantes abdominales par arme blanche (ppa/ab) au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO) de Ouagadougou Zida m.1, Traore S. S.2, Bonkounou G. 2007;9.
46. O C, K R, M AA, G B, M A. A. Les Plaies Pénétrantes Par Armes Blanches Et A Feu A N'Djamena, Tchad : Une Epidémie Silencieuse ? Eur Sci J ESJ. 30 mars 2016;12(9):180.
47. E NE, Ma NY, D A, Gfo N, T KN. Profil Epidémiologique des Agressions Physiques Reçues au Centre des Urgences de Yaoundé. Health Sci Dis [Internet]. 30 mars 2022 [cité 22 mars 2023];23(4). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/3546>
48. Cherif DTM, Sory D, Djibril S, Lansana D, Morlaye S. Patients victimes d'agression physique : Aspects épidémiologique, clinique et médico-légal à l'unité de médecine légale de l'Hôpital Donka. / Victims of Physical Aggression : Epidemiological, Clinical and Forensic Aspects at the Donka Hospital, Legal Medicine Unit.
49. Boufettal M, Mahfoud M, Ismael F, Kharmaz M, Kharmaz M, Elbardouni A, et al. Plaies des membres par agression: analyse de 245 dossiers. Pan Afr Med J [Internet]. 2015 [cité 23 déc 2022];22. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/183/full/>
50. Irgui F, Ait Boughima F. Bilan d'activité de l'unité de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences au centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat au cours de l'année 2016. Rev Médecine Légale. mai 2019;10(2):63-9.
51. Ouadnoui Y, Ghalimi J, Lakranbi M, Smahi M. Les plaies thoraciques. 2014;
52. Ait Boughima F, Wifaq K, Belhouss A, Benyaich H, Kholti AE. La violence physique en milieu du travail (étude descriptive à propos de 80 cas). Rev Médecine Légale. mars 2012;3(1):14-8.

53. Messahli Keltoum. Blessures par armes blanches aspects médico-légaux a travers l'expérience du service de Médecine légale de Blida. [Blida, Algérie]: Université Saad Dahlab de Blida; 2009.
54. Mellouki Youcef. Les aspects épidémiologiques et médico-légaux des violences conjugales à travers l'activité du service de médecine légale du CHU d'Annaba. [Annaba]: Badji-Mokhtar, Faculté de médecine; 2015.
55. Soud EF. Les morts violentes criminelles dans la willaya de setif: Aspects épidémiologiques et médico-judiciaires [Internet] [Thesis]. 2023 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <http://dspace.univ-setif.dz:8888/jspui/handle/123456789/4119>
56. Ben Abderrahim S, Turki E, Haddaji A, Ghzel R. Mort criminelle par arme blanche dans la région de Kairouan, Tunisie : Etude rétrospective 2008-2018. Tunis Médicale. déc 2021;99(12):1167-73.
57. Ben Khelil M, Allouche M, Shimi M, Gloulou F, Benzarti A, Zhioua M, et al. Le suicide par arme blanche dans le nord de la Tunisie : étude sur 8 ans et revue de la littérature. J Médecine Légale Droit Méd. 1 janv 2011;54:277-84.
58. Konaté Z, Djodjo M, Ebouat KMEV, Coulibaly ZM, N'guettia-Attoungbré KS, Botti K, et al. Étude sociodémographique et médico-légale des homicides survenus à domicile à Abidjan (Côte d'Ivoire). Med Leg Droit Med. 2022;65(4):30-30.
59. Lefort H, Zanker C, Fromantin I, Claret PG, Douay B, Ganansia O, et al. Prise en charge des plaies en structure d'urgence. Rev Francoph Cicatrisation. janv 2018;2(1):47-61.
60. Barbois S, Abba J, Guigard S, Quesada JL, Pirvu A, Waroquet PA, et al. Prise en charge des plaies pénétrantes abdominales et thoraco-abdominales : à propos d'une série rétrospective de 186 cas. J Chir Viscérale. août 2016;153(4):73-83.
61. Bieler D, Kollig E, Hackenberg L, Rathjen JH, Lefering R, Franke A, et al. Penetrating injuries in Germany - epidemiology, management and outcome an analysis based on the TraumaRegister DGU®. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 13 juin 2021;29(1):80.
62. Hsing SC, Chen CC, Huang SH, Huang YC, Wang BL, Chung CH, et al. Trends in Homicide Hospitalization and Mortality in Taiwan, 1998–2015. Int J Environ Res Public Health. janv 2022;19(7):4341.
63. Egmann G, Marteau A. Plaies par arme blanche. 2010;
64. Cribier B. Histologie de la peau normale et lésions histopathologiques élémentaires. Ann Dermatol Vénéréologie - FMC. 1 juin 2023;3(4):263-79.
65. Mélissopoulos A, Levacher C. La peau: structure et physiologie. 2e éd. Paris: Éd. Tec & doc-Lavoisier; 2012.

66. Martin V, Vicari F. Atlas d'anatomie humaine. Acta Endosc. août 2004;34(4):162.
67. Jean-pol Beauthier. Traité de médecine légale. De Boeck Université. Rue des minimes,39 B-1000 Bruxelles; 2007. 837 p. (De Boeck).
68. Capuani C. Lésions osseuses par armes blanches: analyse des caractéristiques lésionnelles et détermination du mécanisme de production en macroscopie à épifluorescence.
69. Gauchotte G, Martrille L, Plénat F, Vignaud JM. Les marqueurs de vitalité des blessures en pathologie médico-légale. Ann Pathol. avr 2013;33(2):93-101.
70. C. SIMONIN. Médecine légale judiciaire. Troisième édition. Institut de médecine légale de Strasbourg : librairie Maloine ; 1967. 1053 p.
71. JORADP. La Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé [Internet]. juill 29, 2018 p. 40. Disponible sur: www.Joradp.dz
72. Makni C, Gorgi M, Gharbaoui M, Abderrahim SB, Zaara MA, Belhaj A, et al. [Forensic evaluation of initial medical certificates within health facilities in Northern Tunisia]. Pan Afr Med J. 1 janv 2021;40:255.
73. Michel E, Berthet S, Bonnin M, Cardona V, Cade C, Martrille L, et al. Consultations de Médecine légale clinique au CHU de Montpellier : résultats préliminaires de l'analyse quantitative et qualitative de l'activité de tous les intervenants (Médical, infirmier, secrétariat). Rev Médecine Légale. 1 mars 2023;14(1):100375.
74. Guérant M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F, Lemery D, Boyer B. Les certificats médicaux de victimes de violence: conformité aux recommandations. Rev Médecine Légale. févr 2017;8(1):16-25.
75. Zribi M, Amar WB, Feki N, Khemekhem Z, Hammami Z, Bardaa S, et al. Evaluation de l'incapacité totale temporaire et étude des conséquences médico-légales: activité du service de médecine légale de Sfax, evaluation of temporary total incapacity and forensic impact.
76. Corman P. Le recueil des doléances, un temps fondamental de l'expertise médicale. 2020;
77. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. Rev Médecine Légale. mai 2011;2(2):59-71.
78. Scanvion Q, Ghoul C, Girard H, Mesli V, Delannoy Y, Hédouin V. Homogénéité de détermination de l'incapacité totale de travail par les médecins légistes : une étude prospective monocentrique. Rev Médecine Légale. 1 déc 2021;12(4):173-9.
79. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti MD. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire (police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. Médecine Droit. mai 2014;2014(126):74-8.

80. Thiesson R, François-Purssell I, Gilard-Pioc S, Loiseau M. Difficultés des médecins de premier recours face à l'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail lors du premier constat de coups et blessures. Premier état des lieux à partir de l'étude de huit thèses d'exercice en médecine. Rev Médecine Légale. 3 août 2023;100421.
81. M. Dumoncel d'Argence, P. Palluel, F. Savall, N. Telmon. L'incapacité totale de travail dans les certificats médicaux initiaux des médecins de toutes spécialités : étude rétrospective en 2015 - ScienceDirect. [cité 23 sept 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187865291630058X>
82. Soumah MM, Ndiaye M, Agbobli YA, Ndoye EHO, Sall AD, Sow ML. [Medical certificates for intentional wounds and blows in medico-legal practice in Dakar]. Pan Afr Med J. 2019;33:225.
83. Détermination de l'incapacité totale de travail psychologique : analyse rétrospective de 232 consultations de victimes à l'unité médico-judiciaire du CHU de Montpellier. Rev Médecine Légale. 1 sept 2018;9(3):103-15.
84. Huck A, Delbreil A, Gaudin A, Blanchard M, Chailloux C, Rougé-Maillart C. La détermination de l'incapacité totale de travail lors de troubles psychologiques : critères et méthodes. Rev Médecine Légale. sept 2017;8(3):105-15.
85. Haute Autorité de Santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations [Internet]. 2011 p. 32. Disponible sur: www.has-sante.fr
86. JORADP. Décret n°95-310 du 10 octobre 1995 fixant les conditions et les modalités d'inscription sur les listes des experts judiciaires et a déterminé leurs droits et obligations. décret exécutif, n° 95-310 oct 10, 1995 p. 12.
87. Mornet B. L'indemnisation des préjudices en cas de blessures ou de décès. sept 2022 ;
88. Chahinez Belouahchi. Le code civil, quarante ans après ! Colloque international. 2016. 633 p. (Les Annales de l'université d'Alger 1 Numéro spécial).
89. Yvonne Lambert-faivre. L'indemnisation du dommage corporel. Ministère de la justice de la république Française ; 2003 juin p. 102. (Conseil national de l'aide aux victimes).
90. Anaïs Gayte-Papon de Lameigné. La notion de préjudice corporel [Internet]. École Doctorale des Sciences Économiques, Juridiques, Politiques et de Gestion, Université Clermont Auvergne; 2018. Disponible sur: HAL Id: tel-02555251 <https://theses.hal.science/tel-02555251>
91. Dr P. Leduc. Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. 2001^e éd. 2, cité Paradis. 75010 Paris.: Le Concours médical; 2001. 68 p.

92. Faisant M, Papin-Lefebvre F, Laburthe-Tolra P, Rougé-Maillart C. Histoire des barèmes médico-légaux en dommage corporel, partie 2 : les barèmes contemporains en France. *Rev Médecine Légale*. déc 2013;4(4):147-53.
93. Référentiel indicatif de l'indemnisation du préjudice corporel des cours d'appel. École Nationale de la Magistrature; 2022.
94. Rolland R. Droit de la responsabilité civile.
95. Auxéméry Y. I. Généralités. Les points clés de l'expertise médico-psychologique d'évaluation du dommage en psychotraumatologie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2017;175(4):386-92.
96. Catz C, Rougé-Maillart C, Patard P, Clément R. Causalité juridique et imputabilité médicale : l'incidence de l'approche juridique du lien de causalité sur la pratique expertale en droit de la réparation du dommage corporel. *Médecine Droit*. juin 2021;2021(168):45-53.
97. Lahlou-Khiar G. Pour une refonte du droit de l'indemnisation. *Ann L'université D'Alger*. 25 oct 2016;30(3):47-85.
98. JORADP. Loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. p. 32.
99. JORADP. Ordonnance 74-15 du 30 janvier 1974 relative à l'obligation d'assurance des véhicules terrestres et au régime d'indemnisation. 15fevrier, 1974 p. 20.
100. JORADP. Loi n° 88-31 du 19 juillet 1988 modifiant et complétant l'ordonnance n° 74-15 du 30 janvier 1974. p. 32.
101. Boussad O. L'indemnisation systématique des dommages. *Rev Droit*. 1 juin 2020;9(1):206-25.
102. AREDOC. La nomenclature des postes de préjudice de la victime directe. 2019.
103. Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel. mission d'expertise médicale 2023 [Internet]. AREDOC; 2023. Disponible sur: aredoc@aredoc.com
104. Lettre de la COREIDOC n° 19 - Les souffrances endurées (SE) [Internet]. Aredoc. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.aredoc.com/index.php/publication/lettre-de-la-coreidoc-n-19-les-souffrances-endurees-se/>
105. Trésallet C, Cardin JL, Belghiti J, Cortes A, Martinod E. L'expertise médicale en France et en Europe. *J Chir Viscérale*. sept 2019;156:S1-5.
106. Lupon E, Turrian U, Malloizel-Delaunay J, Bura-Rivière A, Grolleau JL. Internes en médecine et cicatrization des plaies : une étude descriptive multicentrique entre février et avril 2018. *JMV-J Médecine Vasc*. sept 2019 ; 44(5) :324-30.

107. Cardon-Fréville DL. Prise en charge des cicatrices pathologiques en mésothérapie. Revue bibliographique. 2016 ;
108. M. Sadou Ousmane ONGOIBA. Etude de la cicatrisation des plaies opératoires dans le service d'urologie du chu du point g. Université de BAMAKO; 2008.
109. JORADP. Arrêté du 11 avril 1967 fixant le barème des taux médicaux d'incapacité permanente des accidents du travail. 38 mai 9, 1967 p. 24.
110. Guide-barème des accidents du travail et des maladies professionnelles [Internet]. Documents de Médecine Légale. 2011 [cité 20 oct 2023]. Disponible sur: <https://medecinelegale.wordpress.com/guide-bareme-des-accidents-du-travail-et-des-maladies-professionnelles/>
111. JORADP. Décret n° 80-34 du 16 février 1980 fixant les conditions d'application de l'article 7 de l'ordonnance 74-15 du 30 janvier 1974.
112. Auxéméry Y. II – L'évaluation du dommage psychique en droit commun. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2017;175(4):393-400.
113. Ahmad K, Beatson A, Campbell M, Hashmi R, Keating BW, Mulcahy R, et al. The impact of gender and age on bullying role, self-harm and suicide: Evidence from a cohort study of Australian children. Shepherd S, éditeur. PLOS ONE. 5 janv 2023;18(1):e0278446.
114. Madigan S, Korczak DJ, Vaillancourt T, Racine N, Hopkins WG, Pador P, et al. Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. mai 2023;10(5):342-51.
115. Mohamed Amine Boumelik.
116. Clarke S, Allerhand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. F1000Research. 24 oct 2019;8:1794.
117. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. janv 2019;16(22):4581.
118. JORADP. Ordonnance N°66-155 du 08 juin 1966 Pportant code de procedure pénale. modifiée et complétée. [Internet]. p. 204. Disponible sur: www.Joradp.dz
119. Cusson M. Nouveau traité de sécurité.

120. Martin JC, Delemont O, Esseiva P, Jacquat A. Investigation de scène de crime: fixation de l'état des lieux et traitement des traces d'objets. PPUR Presses polytechniques; 2010. 248 p.
121. Ferry B. La scène de crime. In: Traité de Médecine Légale [Internet]. 2022 [cité 11 nov 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03865066>
122. Fortin PL. Les stratégies d'investigation des lieux adoptées par les techniciens en scènes de crime québécois.
123. Malicier D. Les indications de l'autopsie médico-légale en France. Bull Académie Natl Médecine. 1 mai 2001;185(5):839-48.
124. Laborie JM, Ludes B. L'obstacle médico-légal, pour un mode d'emploi. Rev Médecine Légale. févr 2016;7(1):16-21.
125. Bernard Marc. Profession médecin légiste, Le quotidien d'un médecin des violences. [Internet]. 20, rue de l'arcade 75008 Paris: Demos; 2009. 263 p. (Criminologie et société). Disponible sur: www.editionsdemos.fr
126. Baccino E, Leveque L, Colomb S, Peyron PA, Martrille L, Ducloyer M. L'autopsie a-t-elle un avenir ? Influence de l'imagerie moderne sur la pratique de la thanatologie. Rev Médecine Légale. 9 sept 2023;100420.
127. Hausmann R. L'examen du cadavre: à quoi faut-il faire attention? Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum [Internet]. 15 sept 2015 [cité 11 nov 2023];15(38). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2015.02406>
128. Le Saos B, Fontaine A. L'autopsie médico-légale : quelle place dans la procédure pénale ? Rev Médecine Légale. mars 2015;6(1):3-7.
129. M. Durigon. Pratique médico-légale [Internet]. 2e édition actualisée. Paris : Elsevier Masson ; 2007. 171 p. Disponible sur : www.masson.fr
130. Delbreil A, Voyer M, Sapanet M, Leturmy L. L'autopsie médico-légale au regard de la loi. Presse Médicale. avr 2018 ; 47(4):339-48.
131. Henry P, Paysant F, Fricker-Hidalgo H, Cognet O, Pelloux H, Scolas V. Analyse des prélèvements biologiques médico-légaux : quel cadre juridique à l'ère de la qualité? Médecine Droit. 1 oct 2021 ; 2021(170):98-101.
132. Vandevoorde J, Estano N, Painset G. Homicide-suicide : revue clinique et hypothèses psychologiques. L'Encéphale. août 2017;43(4):382-93.
133. Raddi S, Baralla F, D'Argenio A, Traverso S, Sarchiapone M, Marchetti M. Do Homicide Perpetrators Have Higher Rates of Delayed-Suicide Than the Other Offenders?

- Data from a Sample of the Inmate Population in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2022 ; 19(24):16991.
134. Cynkier P. Utility of homicide-suicide constructs in forensic psychiatry. *Psychiatr Pol*. 30 juin 2022;56(3):591-602.
 135. Thomsen AH, Leth PM, Hougen HP, Villesen P. Intimate partner homicides in Denmark 1992–2016. *Forensic Sci Int Synergy*. 2023 ; 6:100337.
 136. Vandevoorde J, Estano N. Homicide maquillé et suicide : complémentarité de la suicidologie, de la criminologie et de la médecine légale. *Rev Médecine Légale*. févr 2017;8(1):32-43.
 137. Mutilation. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 1 nov 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mutilation&oldid=208877423>
 138. Porta D, Amadasi A, Cappella A, Mazzarelli D, Magli F, Gibelli D, et al. Dismemberment and disarticulation: A forensic anthropological approach. *J Forensic Leg Med*. févr 2016;38:50-7.
 139. Konopka T, Bolechała F, Strona M, Kopacz P. Homicides with corpse dismemberment in the material collected by the Department of Forensic Medicine, Krakow, Poland. *Arch Med Sądowej Kryminol Forensic Med Criminol*. 2017;66(4):220-34.
 140. Maiese A, Scopetti M, Santurro A, La Russa R, Manetti F, D’Errico S, et al. Corpse dismemberment: A case series. Solving the puzzle through an integrated multidisciplinary approach. *J Forensic Leg Med*. août 2020;74:102005.
 141. Matzen J, Ondruschka B, Fitzek A, Püschel K, Jopp-van Well E. Dismemberment and Body Encasement—Case Report and an Empiric Study. *Biology*. 18 févr 2022;11(2):328.
 142. Baier W, Norman DG, Warnett JM, Payne M, Harrison NP, Hunt NCA, et al. Novel application of three-dimensional technologies in a case of dismemberment. *Forensic Sci Int*. 1 janv 2017 ; 270:139-45.
 143. Millaud F, Marleau J, Proulx F, Brault J. Violence homicide intra-familiale. *Psychiatr Violence*. 2008;8(1):0-0.
 144. Daligand L. Violences conjugales. Aspects psychopathologiques. *Éthique Santé*. 1 déc 2015 ; 12(4):250-7.
 145. JORADP. Décret N°63-85 du 16 mars 1963 réprimant les infractions relatives à l’acquisition, la détention et la fabrication des armes, munitions et explosifs. [Internet]. p. 8. Disponible sur: www.joradp.dz

146. JORADP. Décret N°63-399 du 07 octobre 1963 portant classification des matériels de guerre , des armes et munitions non considérés comme matériels de guerre. [Internet]. p. 8. Disponible sur: www.joradp.dz
147. JORADP. Décret exécutif N°04-304 du 13 septembre 2004 modifiant et complétant le décret exécutif N°98-96 du 18 mars 1998 fixant les modalités d'application de l'ordonnance N°97-06 du 27 janvier 1997 relative aux matériels de guerre, armes et munitions. [Internet]. p. 20. Disponible sur: www.joradp.dz
148. JORADP. Ordonnance n° 20-03 du 11 Moharram 1442 correspondant au 30 août 2020 relative à la prévention et à la lutte contre les bandes de quartiers. [Internet]. août 30, 2020 p. 31. Disponible sur: www.joradp.dz
149. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. oct 2002;360(9339):1083-8.
150. World Health Organization, WHO Collaborating Centre for Violence Prevention. Violence prevention: the evidence [Internet]. Prevención de la violencia: la evidencia. Geneva: World Health Organization; 2010 [cité 15 nov 2023]. (Series of briefings on violence prevention: the evidence;). Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/77936>
151. World Health Organization. La prévention des traumatismes et de la violence: guide à l'intention des ministères de la santé. *Prev Inj Violence Guide Minist Health*. 2007;35.
152. World Health Organization. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données / Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Prev Child Maltreatment Guide Tak Action Gener Evid* [Internet]. 2006 [cité 21 mai 2023]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43686>
153. Organisation mondiale de la Santé. Prévention de la violence à l'école : guide pratique [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2019 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331021>
154. MacDonald JM, Piquero AR, Valois RF, Zullig KJ. The Relationship Between Life Satisfaction, Risk-Taking Behaviors, and Youth Violence. *J Interpers Violence*. nov 2005;20(11):1495-518.
155. Cuervo K, Villanueva L, Born M, Gavray C. Analysis of Violent and Non-violent Versatility in Self-reported Juvenile Delinquency. *Psychiatry Psychol Law*. 2 janv 2018;25(1):72-85.

156. Hemphill SA, Smith R, Toumbourou JW, Herrenkohl TI, Catalano RF, McMorris BJ, et al. Modifiable determinants of youth violence in Australia and the United States: A longitudinal study. *Aust N Z J Criminol*. 1 déc 2009 ; 42(3):289-309.
157. Enzmann D, Marshall IH, Killias M, Junger-Tas J, Steketee M, Gruszczynska B. Self-reported youth delinquency in Europe and beyond: First results of the Second International Self-Report Delinquency Study in the context of police and victimization data. *Eur J Criminol*. mars 2010;7(2):159-83.
158. Junger-Tas J, Ribeaud D, Cruyff MJLF. Juvenile Delinquency and Gender. *Eur J Criminol*. juill 2004;1(3):333-75.
159. Cm K, P A, Sa R. Demographic, intrinsic, and extrinsic factors associated with weapon carrying at school. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. janv 2003 [cité 16 nov 2023];157(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12517202/>
160. Henrich CC, Brookmeyer KA, Shahar G. Weapon violence in adolescence: Parent and school connectedness as protective factors. *J Adolesc Health*. 1 oct 2005;37(4):306-12.
161. Linville DC. The analysis of extracurricular activities and parental monitoring and their relationship to youth violence. :67.
162. JORADP. Décret exécutif n° 06-108 du 8 mars 2006 portant création du comité national de coordination des actions de lutte contre la criminalité. [Internet]. p. 28. Disponible sur: www.joradp.dz
163. JORADP. Loi n° 20-15 du 30 décembre 2020 relative à la prévention et à la lutte contre les infractions d'enlèvement des personnes. p. 61.
164. JORADP. Décret exécutif n° 19-379 du 31 décembre 2019 fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.
165. JORADP. Décret exécutif n° 21-196 du 11 mai 2021 modifiant et complétant le décret exécutif n° 19-379 du 31 décembre 2019 fixant les modalités de contrôle administratif, technique et de sécurité des substances et médicaments ayant des propriétés psychotropes.
166. JORADP. Loi n° 23-05 du 7 mai 2023 modifiant et complétant la loi n° 04-18 du 25 décembre 2004 relative à la prévention et la répression de l'usage et le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.
167. Kaada. Loi n° 04-18 du 25 décembre 2004 relative à la prévention et à la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes.
168. Algérie presse service. Violence faite aux femmes : l'Algérie a mis en place tous les mécanismes pour protéger la femme [Internet]. 2022 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur:

- <https://www.aps.dz/societe/147967-violence-faite-aux-femmes-l-algerie-a-mis-en-place-tous-les-mecanismes-pour-protger-la-femme>
169. JORADP. Loi n° 14-01 du 4 février 2014 modifiant et complétant la l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal.
 170. JORADP. Loi n° 15-01 du 4 janvier 2015 portant création d'un fonds de la pension alimentaire.
 171. Loi n° 15-19 du 30 décembre 2015 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant sur le code pénal.
 172. JeuneAfrique.com [Internet]. [cité 26 févr 2024]. En Algérie, le milieu associatif alerte sur la hausse des féminicides - Jeune Afrique.com. Disponible sur: <https://www.jeuneafrique.com/1509229/societe/en-algerie-le-milieu-associatif-alerte-sur-la-hausse-des-feminicides/>
 173. Hadjar L. La prévention de la délinquance en Algérie : qu'en est-il vraiment ? Crime Prevention in Algeria: What is it Really?
 174. Idanpaan-Heikkila JE, Fluss S. Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Biomedical Research. 2003;10(2).
 175. Sid Ahmed Ghozali. Code de déontologie médicale. 1992.
 176. Omer MY, Hamza AA, Musa MT. Penetrating Abdominal Injuries: Pattern and Outcome of Management in Khartoum. Int J Clin Med. 2014;05(01):18-22.
 177. Conde N, Bah ML, Diallo AM, Konate G, Diallo AO, Camara O, et al. Les plaies par armes blanches à Conakry : aspects épidémiologique et médico-légal. Rev Médecine Légale. déc 2019 ; 10(4):146-50.
 178. Sethi S, World Health Organization, éditeurs. European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2010. 102 p.
 179. CIPC-ICPC A. Centre International pour la Prévention de la Criminalité. 2019 [cité 21 nov 2023]. 5e Rapport international sur la prévention de la criminalité et la sécurité quotidienne : les villes et le Nouvel Agenda Urbain (2016). Disponible sur: <https://cipc-icpc.org/rapport/5e-rapport-international-sur-la-prevention-de-la-criminalite-et-la-securite-quotidienne-les-villes-et-le-nouvel-agenda-urbain/>
 180. Benlakhlef B, Bergel P. Relogement des quartiers informels et conflits pour l'espace public. Le cas de la nouvelle ville d'Ali Mendjeli (Constantine, Algérie). Cah D'EMAM Études Sur Monde Arabe Méditerranée [Internet]. 21 juin 2016 [cité 21 nov 2023];(28). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/emam/1226>

181. En Algérie, « logements-ghettos » et précarité nourrissent la violence urbaine. La Croix [Internet]. 25 janv 2017 [cité 21 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Monde/En-Algerie-logements-ghettos-precarite-nourrissent-violence-urbaine-2017-01-25-1300819933>
182. A Y. Inquiétante prolifération de la violence dans les nouvelles cités d'Alger : La loi des gangs ! [Internet]. 2016 [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.algerie360.com/inquietante-proliferation-de-la-violence-dans-les-nouvelles-cites-dalger-la-loi-des-gangs/>
183. Unintentional Injury and Violence-Related Behaviors. Cent Dis Control Prev [Internet]. Disponible sur: www.cdc.gov/HealthyYouth
184. L. Kanté. Plaies pénétrantes abdominales par armes dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touté. MALI Med. 2013;XXVIII(3):4.
185. Mattila VM, Parkkari JP, Rimpelä AH. Risk factors for violence and violence-related injuries among 14- to 18-year-old Finns. J Adolesc Health. mai 2006;38(5):617-20.
186. Swahn MH, Donovan JE. Predictors of fighting attributed to alcohol use among adolescent drinkers. Addict Behav. 1 août 2005;30(7):1317-34.
187. Chikritzhs T, Livingston M. Alcohol and the Risk of Injury. Nutrients. 13 août 2021;13(8):2777.
188. Clausen T, Martinez P, Towers A, Greenfield T, Kowal P. Alcohol Consumption at Any Level Increases Risk of Injury Caused by Others: Data from the Study on Global AGEing and Adult Health. Subst Abuse Res Treat. 2015;9(Suppl 2):125-32.
189. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Gabhainn SN, Pickett W, et al. A Cross-national Study of Violence-Related Behaviors in Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 juin 2004;158(6):539-44.
190. Predictors of violence in young tourists: a comparative study of British, German and Spanish holidaymakers | European Journal of Public Health | Oxford Academic [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/eurpub/article/18/6/569/577795?login=false>
191. Chau K, Mayet A, Legleye S, Beck F, Hassler C, Khlat M, et al. Association between cumulating substances use and cumulating several school, violence and mental health difficulties in early adolescents. Psychiatry Res. oct 2019;280:112480.
192. Toigo S, McFaull SR, Thompson W. Impact of substance-related harms on injury hospitalizations in Canada, from 2010 to 2020. Health Promot Chronic Dis Prev Can Res Policy Pract. mars 2023;43(3):130-8.

193. Muula AS, Rudatsikira E, Siziya S. Correlates of weapon carrying among high school students in the United States. *Ann Gen Psychiatry*. 7 juill 2008;7(1):8.
194. Duke NN, Borowsky IW, Pettingell SL, McMorris BJ. Examining youth hopelessness as an independent risk correlate for adolescent delinquency and violence. *Matern Child Health J*. janv 2011;15(1):87-97.
195. Saidi H, Chafik R, Ayach A, Madhar M, Louahlia S, Fikry T. LES TRAUMATISMES DES MEMBRES PAR AGRESSION. 2008;
196. Jarde O, Tredez E, Van Maris F, Manaouil C. Le signalement de violences uniquement conjugales aux urgences du CHU d'Amiens ou pré-plainte. À propos de 12 cas. *Bull Académie Natl Médecine*. oct 2021;205(8):976-80.
197. Bellis MA, Hughes K, Anderson Z, Tocque K, Hughes S. Contribution of violence to health inequalities in England: demographics and trends in emergency hospital admissions for assault. *J Epidemiol Community Health*. 1 déc 2008;62(12):1064-71.
198. Leyland AH, Dundas R. The social patterning of deaths due to assault in Scotland, 1980–2005: population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 1 mai 2010;64(5):432-9.
199. Ray JG, Moineddin R, Bell CM, Thiruchelvam D, Creatore MI, Gozdyra P, et al. Alcohol Sales and Risk of Serious Assault. *PLOS Med*. 13 mai 2008;5(5):e104.
200. M L, T C, R R. Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. sept 2007 [cité 23 nov 2023];26(5). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17701520/>
201. Lupton R, Great Britain, éditeurs. A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods. London: Home Office; 2002. 82 p. (Home Office research study).
202. Hales G, Lewis C, Silverstone D. Gun Crime: The Market in and Use of Illegal Firearms. 1 janv 2006;
203. Fabio A, Loeber R, Balasubramani GK, Roth J, Fu W, Farrington DP. Why Some Generations Are More Violent than Others: Assessment of Age, Period, and Cohort Effects. *Am J Epidemiol*. 15 juill 2006;164(2):151-60.
204. Korf DJ, Brochu S, Benschop A, Harrison LD, Erickson PG. Teen Drug Sellers—An International Study of Segregated Drug Markets and Related Violence. *Contemp Drug Probl*. 1 mars 2008;35(1):153-76.
205. Marteau A. Régulation et prise en charge médicale précoce des victimes de plaies par arme par le SAMU de Guyane: étude rétrospective descriptive, à propos de 707 appels au

- Centre 15 [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2007 [cité 24 nov 2023]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732956>
206. Vulliamy P, Hancorn K, Glasgow S, West A, Davenport RA, Brohi K, et al. Age-related injury patterns resulting from knife violence in an urban population. *Sci Rep*. 26 sept 2022;12:15250.
207. Bout A, Kettani N, Berhili N, Aarab C, Rammouz I, Aalouane R. Les conduites d'automutilation non suicidaires dans une population recrutée pendant une hospitalisation en psychiatrie : À propos de 100 patients. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juin 2022;180(6, Supplément):S75-80.
208. Hawton K, James A. ABC of adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*. 4 avr 2005;330(7496):891.
209. <https://www.passeportsante.net/> [Internet]. 2016 [cité 29 nov 2023]. Automutilation : origines et manifestations de l'automutilation. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/psychologie/Fiche.aspx?doc=automutilation>
210. Hu T, Watson W. Automutilation non suicidaire chez les adolescents. *Can Fam Physician*. mars 2018;64(3):195-7.
211. Amine BM, Lahcène B, Abdellatif B. Approche diagnostique de l'automutilation en médecine légale ? Une étude de 100 cas. *South Fla J Health*. 3 mars 2023;4(1):14-28.
212. Guerfi Meryem. Les aspects médico-légaux et la contribution anatomo-clinique dans l'étude de la mortalité hospitalière et médico-légale au C.H.U. de Batna. [Batna, Algérie]: Université de Batna 2 Mostefa Benboulaïd Faculté de Médecin de Batna département de médecine; 2023.
213. PopulationData.net [Internet]. [cité 4 déc 2023]. PopulationData.net. Disponible sur: <https://www.populationdata.net/pays/algerie/divisions>
214. Bailey L, Harinam V, Ariel B. Victims, offenders and victim-offender overlaps of knife crime: A social network analysis approach using police records. *PLoS ONE*. 11 déc 2020;15(12):e0242621.
215. Andersson C, Kazemian L. Reliability and validity of cross-national homicide data: a comparison of UN and WHO data. *Int J Comp Appl Crim Justice*. 2 oct 2018;42(4):287-302.
216. Massey J, Sherman LW, Coupe T. Forecasting Knife Homicide Risk from Prior Knife Assaults in 4835 Local Areas of London, 2016–2018. *Camb J Evid-Based Polic*. 1 juin 2019;3(1):1-20.

217. FBI [Internet]. 2019 [cité 6 déc 2023]. Expanded Offense. Disponible sur: <https://ucr.fbi.gov/crime-in-the-u.s/2019/crime-in-the-u.s.-2019/topic-pages/expanded-offense>
218. de Juristat. L'homicide au Canada, 2014. 2014;(85).
219. De Lima Friche AA, Silva UM, Bilal U, Sarmiento OL, De Salles Dias MA, Prado-Galbarro FJ, et al. Variation in youth and young adult homicide rates and their association with city characteristics in Latin America: the SALURBAL study. *Lancet Reg Health - Am.* avr 2023 ; 20:100476.
220. Dayananda K, Kong VY, Bruce JL, Oosthuizen GV, Laing GL, Brysiewicz P, et al. A selective non-operative approach to thoracic stab wounds is safe and cost effective - a South African experience. *Ann R Coll Surg Engl.* 5 oct 2018 ; 100(8):1-9.
221. Scherr M. , Langlade A. Éléments de descriptions des homicides commis à Paris et en petite couronne entre 2007 et 2016. *IHEMI.* déc 2020;(56):4.
222. Gouvernement du Canada SC. Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2021 [Internet]. 2022 [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2022001/article/00013-fra.htm>
223. Aurélien Langlade. L'évolution des homicides commis à Paris et petite couronne entre 2007 et 2016. *IHEMI.* déc 2020;(33):2.
224. Omri S, Guermazi A, Chaâri I, Smaoui N, Feki R, Mâalej Bouali M, et al. Caractéristiques épidémiologiques et médico-légales des homicides intrafamiliaux en Tunisie : à propos de 60 cas. *Rev Médecine Légale.* 1 déc 2021;12(4):157-65.
225. Maurice Cusson, Nabi Youla Doumbia, Henry Yebouet. Mille homicides en Afrique de l'Ouest [Internet]. 2017 [cité 8 déc 2023]. (les presses de l'Université de Montréal). Disponible sur: https://books.google.com/books/about/Mille_homicides_en_Afrique_de_l_Ouest.html?hl=fr&id=A5A9DwAAQBAJ
226. Brinkmann B. Harmonisation of Medico-Legal Autopsy Rules. *Int J Legal Med.* 20 déc 1999;113(1):1-14.

Liste des Acronymes

AMNS : Automutilation non suicidaire.

ATCD : Antécédents.

ATM : Automutilation.

CBI : Coups et blessures involontaires.

CBV : Coups et blessures volontaires.

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

CMI : Certificat médical initial.

Coll. Ser. Med. Lég. : collection service de médecine légale.

CPA : Code pénal Algérien.

DGSN : Direction générale de la sûreté nationale.

EFF : Effectif.

HAS : Haute autorité de santé.

IPP : Incapacité permanente partielle.

ITT : Incapacité totale de travail.

LAI : Lésions auto-infligées.

NC : Non concerné.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONUDC : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.

OPJ : Officier de police judiciaire.

PE : Préjudice esthétique.

SE : Souffrances endurées.

TS : Tentative de suicide.

Liste des figures

- Figure1 : Classification des formes de violence selon l’OMS.....	08
- Figure 2 : Images d’instruments tranchants.	10
- Figure 3 : Images d’instruments piquants.....	11
- Figure 4 : Constituants d’une arme piquante et tranchante.	11
- Figure 5 : Représentation de couteaux de cuisine.	12
- Figure 6 : Représentation de couteaux d’attaque.	12
- Figure 7 : Représentation des variétés de l’opinel.	13
- Figure 8 : Représentation de couteaux à cran d’arrêt.	13
- Figure 9 : Représentation de couteaux type canif.	13
- Figure 10 : Représentation d’armes blanches variées saisies lors d’une arrestation de gang	14
- Figure11 : Modèle écologique de la violence.	25
- Figure 12 : Représentation graphique des différents degrés de gravité des traumatismes...	27
- Figure13 : Représentation des fréquences des sites des lésions par armes blanches mortelles et non mortelles.....	28
- Figures 14 : Egratignures de longueurs variables sur un cadavre sur personne vivante...	35
- Figure 15 : Plaie simple, à bords réguliers, suturée siégeant sur le visage.....	35
- Figure 16 : Plaie contuse étoilée du cuir chevelu, entourée d’une plaie simple thérapeutique.....	36
- Figures 17 : Plaies compliquées d’une amputation de la main à gauche et d’une fracture du moignon de l’épaule à droite.....	36
- Figure 18 : Plaie simple par cutter dirigée du cuir chevelu vers l’aile nasale par sa profondeur.....	37
- Figures 19 : Plaies par lame rasoir : deux plaies pour un seul coup à gauche et une plaie en lambeau à droite.....	37
- Figure 20 : Violences par arme piquante.	38
- Figure 21 : Violence par arme piquante : fusil harpon.	39
- Figures 22 : Plaies en boutonnières : un angle aigu et l’autre arrondi à gauche et à double angles aigus à droite.	39
- Figures 23 : Multiples plaies en boutonnières entourant une grande plaie atypique faite par la même arme.	40
- Figure 24 : Cicatrice rétractile d’une blessure par arme piquante traitée chirurgicalement.	51
- Figure 25 : Cicatrice hypertrophique d’une plaie traumatique d’une plaie thérapeutique.	51

- Figures 26 : Lésions d'automutilation typiques.	54
- Figures 27 : Lésions d'automutilation atypiques de siège postérieur.....	54
- Figure 28 : Lésions d'automutilation typiques des tentatives de suicide « TS ».....	55
- Figure 29 : Simulation d'automutilation pour exagérer une lésion hétéro-infligée.....	55
- Figures 30 : Différentes situations de plaies thérapeutiques.	56
- Figure 31 : Images de scènes de crimes.	58
- Figures 32 : Traces de semelles faites avec le sang et une arme maculée retrouvée sur place.....	58
- Figure 33 : Examen des vêtements sur la scène du crime : maculés de sang et siège de perforations.	59
- Figure 34 : Subdivision chirurgicale de la région thoraco-abdominale.....	66
- Figure 35 : Plaie vitale en forme de « V » typique du cœur.	66
- Figures 36 : Plaie latéro-cervicale basse touchant le tronc brachio-céphalique.....	66
- Figures 37 : Plaies profondes latéro-thoracique touchant le poumon.....	67
- Figures 38 : Plaies hépatique et mésentérique par arme blanche.....	67
- Figures 39 : Plaie latéro-cervicale haute touchant la carotide interne.....	68
- Figures 40 : Plaie latéro-cervicale moyenne touchant l'artère carotide primitive et la veine jugulaire externe.	68
- Figures 41 : Plaies compliquées de l'extrémité céphalique par arme tranchante et contondante.	68
- Figures 42 : Plaies de défense.	69
- Figures 43 : Présentation de cas d'homicide par égorgement postérieur et acharnement par armes blanches.	72
- Figures 44 : Scène de crime de cas d'homicide-suicide.	74
- Figures 45 : Présentation de cas d'homicide par arme blanche avec mutilation post mortem et tentative de décapitation du cadavre.	76
- Figures 46 : Présentation de cas de parricide par arme blanche avec mutilation.....	77
- Figures 47 : Présentation de cas d'homicide conjugale par égorgement typique par arme blanche.	78
- Figure 48 : Présentation d'un cas rare d'infanticide par arme blanche.....	78
- Figure 49 : La fréquence de la violence non mortelle par arme blanche durant la période de l'étude.	94
- Figure 50 : Les fréquences mensuelles de la violence par arme blanche.....	94
- Figure 51 : Répartition des victimes selon le sexe.....	95

- Figure 52 : Répartition des victimes selon l'adresse.	96
- Figure 53 : Répartition des victimes selon le type d'habitat.....	97
- Figure 54 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial.....	98
- Figure 55 : Répartition des victimes selon la situation professionnelle.....	99
- Figure 56 : Répartition des victimes selon le motif d'incarcération.....	101
- Figure 57 : Répartition selon le nombre des victimes.....	102
- Figure 58 : Répartition des auteurs selon le type d'habitation.....	103
- Figure 59 : Répartition des auteurs selon la profession.....	104
- Figure 60 : Répartition selon la présence ou pas d'antécédents personnels des auteurs...	104
- Figure 61 : Répartition des auteurs selon le motif d'incarcération.....	105
- Figure 62 : Répartition selon le jour des faits.....	106
- Figure 63 : Répartition des agressions selon l'heure exacte de survenue.....	107
- Figure 64 : Répartition selon le motif des agressions.	108
- Figure 65 : Répartition selon la nature de l'arme blanche utilisée.....	109
- Figure 66 : Répartition selon la possibilité d'utilisation de d'autres armes.....	110
- Figure 67 : Répartition selon la nature des armes associées.....	110
- Figure 68 : Répartition selon les structures de soins sollicitées.....	111
- Figure 69 : Répartition selon les lésions profondes traitées.	113
- Figure 70 : Répartition selon le type des lésions.	114
- Figure 71 : Répartition selon les mensurations des plaies.	115
- Figure 72 : Répartition selon le siège des lésions sur le corps.	115
- Figure 73 : Existence et type de diagnostic différentiel.	117
- Figure 74 : Caractères morphologiques des lésions d'automutilations.	118
- Figure 75 : Siège des lésions d'automutilations.	119
- Figure 76 : Répartition selon la présence d'une plainte antérieure si même auteur.....	122
- Figure 77 : Répartition des victimes selon le sexe.	137
- Figure 78 : Répartition des victimes selon l'adresse de provenance.	138
- Figure 79 : Répartition des victimes selon le type d'habitat.	139
- Figure 80 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial.	139
- Figure 81 : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction.	140
- Figure 82 : Répartition selon le nombre d'auteurs.	141
- Figure 83 : Répartition des auteurs selon le type d'habitation.	142
- Figure 84 : Répartition des auteurs selon le statut matrimonial.	142
- Figure 85 : Répartition des auteurs selon le statut professionnel.	143

- Figure 86 : Répartition des auteurs selon la présence d'antécédents personnels.....	143
- Figure 87 : Répartition des faits selon le jour de survenu.	144
- Figure 88 : Répartition selon le lieu des faits.	145
- Figure 89 : Répartition selon le lieu du décès.	145
- Figure 90 : Répartition selon le motif des faits.	146
- Figure 91 : Répartition des victimes selon le moyen d'évacuation vers l'hôpital.....	147
- Figure 92 : Répartition selon le délai entre le décès et l'autopsie.	149
- Figure 93 : Répartition des cas selon la date des autopsies.	149
- Figure 94 : Répartition des cas selon la levée de corps.	150
- Figure 95 : Répartition des cas selon le rapport de premières informations.....	150
- Figure 96 : Répartition des cas selon le nombre des lésions externes.....	151
- Figure 97 : Répartition des cas selon le siège des lésions à l'examen externe.....	151
- Figure 98 : Répartition des cas selon le siège des lésions sur les membres inférieurs.....	152
- Figure 99 : Répartition des cas selon les atteintes internes.....	154
- Figure 100 : Répartition des cas selon les atteintes vasculaires.....	155
- Figure 101 : Répartition des cas selon les analyses toxicologiques.....	155

Liste des tableaux

- **Tableau 1** : Taux estimatifs d'homicide et de suicide dans le monde, par tranche d'âge, issue du rapport mondial sur la violence.15
- **Tableau 2** : Estimation du nombre et taux d'homicides pour 100000 habitants, par région de l'OMS et par niveau de revenu des pays.....16
- **Tableau 3** : Présentation synthétisée des résultats d'une étude Algérienne sur l'homicide.22
- **Tableau 4** : Répartition des victimes selon les classes d'âges.95
- **Tableau 5** : Répartition selon la nationalité des victimes.96
- **Tableau 6** : Répartition des victimes par commune.97
- **Tableau 7** : Répartition selon la nature d'habitat.98
- **Tableau 8** : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction.98
- **Tableau 9** : Répartition des victimes selon la présence ou pas d'antécédents personnels...99
- **Tableau 10** : Répartition des antécédents personnels dans la population générale des victimes et l'effectif positif aux antécédents personnels.100
- **Tableau 11** : Répartition selon la nature de l'antécédent toxique dans la population générale et l'effectif concerné par les antécédents toxiques.100
- **Tableau 12** : Répartition de la violence antérieure subie et si même auteur.....101
- **Tableau 13** : Répartition selon la nature de violences antérieures subies.....101
- **Tableau 14** : Répartition selon les classes d'âges.102
- **Tableau 15** : Répartition selon le niveau d'instruction.103
- **Tableau 16** : Répartition des antécédents personnels des auteurs selon l'effectif total....105
- **Tableau 17** : Répartition des antécédents toxicologiques selon l'effectif total et celui positif au toxique.105
- **Tableau 18** : Répartition des faits selon les moments de la journée.106
- **Tableau 19** : Répartition selon le lieu de survenu des violences.107
- **Tableau 20** : Répartition selon le lien entre victimes et auteurs.109
- **Tableau 21** : Répartition selon la nature de la violence associée.111
- **Tableau 22** : Répartition selon la nature des soins prodigués.112
- **Tableau 23** : Répartition selon la présence d'hospitalisation et sa durée.112
- **Tableau 24** : Répartition selon l'existence de lésions profondes.112
- **Tableau 25** : Répartition selon la modalité et délai de consultation.....113
- **Tableau 26** : Répartition selon le nombre de lésion.114
- **Tableau 27** : Répartition des lésions sur les membres supérieurs.....116

- Tableau 28: Répartition des lésions sur les membres inférieurs.....	116
- Tableau 29 : Siège des lésions sur le tronc et le thorax.....	117
- Tableau 30 : Répartition des patients selon la durée de l'ITT pénale.....	119
- Tableau 31 : Répartition selon la présence ou non d'incapacité partielle permanente.....	120
- Tableau 32 : Répartition selon les séquelles définitives.	120
- Tableau 33 : Répartition selon le retentissement psychologique et sa nature.....	121
- Tableau 34 : Répartition selon l'attitude envisagée des patients.	121
- Tableau 35 : Répartition des victimes selon le sexe et l'âge.	123
- Tableau 36 : Répartition des victimes selon le sexe et le statut matrimonial.....	123
- Tableau 37 : Répartition des victimes selon le sexe et la situation professionnelle.....	124
- Tableau 38 : Répartition des victimes selon le sexe et le niveau d'instruction.....	124
- Tableau 39 : Répartition des victimes selon l'âge et la présence d'antécédents toxiques..	125
- Tableau 40 : Répartition des victimes selon l'âge et le type des ATCD toxiques.....	125
- Tableau 41 : Répartition des victimes selon l'âge et les ATCD carcéraux.....	126
- Tableau 42 : Répartition des victimes selon les sexes et les violences antérieures subies et selon si récidive ou pas.	126
- Tableau 43 : Répartition du lien avec l'auteur selon les violences antérieures subies et si récidive ou pas.	127
- Tableau 44 : Répartition des victimes selon le sexe et la plainte antérieure si même auteur.....	127
- Tableau 45 : Répartition du lien avec l'auteur et les plaintes antérieures si même auteur.	128
- Tableau 46 : Répartition des victimes selon le sexe et l'attitude envisagée.....	128
- Tableau 47 : Répartition des victimes selon le sexe et le lien avec l'auteur.....	129
- Tableau 48 : Répartition des victimes selon le sexe et le retentissement psychologique...	130
- Tableau 49 : Répartition des victimes selon le sexe et la nature du retentissement psychologique.	130
- Tableau 50 : Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et l'attitude envisagée...	131
- Tableau 51 : Répartition des victimes selon le sexe et le diagnostic différentiel.....	132
- Tableau 52 : Répartition des victimes selon le nombre des lésions et l'association de lésions profondes.....	132
- Tableau 53 : Répartition des victimes selon le nombre des lésions et la durée de l'ITT...	133
- Tableau 54 : Répartition des victimes selon le lien avec l'auteur et le moment des faits...	133
- Tableau 55 : Répartition des victimes selon l'âge des auteurs et les antécédents personnels.....	134

- Tableau 56 : Répartition des auteurs selon l'âge et le type des antécédents toxicologique.....	135
- Tableau 57 : Répartition des auteurs selon l'âge et le motif des violences.....	136
- Tableau 58 : La fréquence de la violence mortelle par arme blanche durant la période de l'étude.	137
- Tableau 59 : Répartition des victimes selon l'âge.....	138
- Tableau 60 : Répartition des victimes selon la nature d'habitat.	139
- Tableau 61 : Répartition des victimes selon le statut professionnel.	140
- Tableau 62 : Répartition des victimes selon la présence ou non d'ATCD personnels.....	140
- Tableau 63 : Répartition des victimes selon la nature des ATCD dans l'effectif général..	141
- Tableau 64 : Répartition des victimes selon l'existence de violences antérieures, même auteur et leur type.....	141
- Tableau 65 : Répartition des auteurs selon les classes d'âge.	142
- Tableau 66 : Répartition des auteurs selon le niveau d'instruction.	143
- Tableau 67 : Répartition des auteurs selon la nature des ATCD personnels.....	144
- Tableau 68 : Répartition des faits selon le moment de survenu.	144
- Tableau 69 : Répartition selon le lien entre la victime et l'auteur.	146
- Tableau 70 : Répartition selon le temps écoulé entre la violence et la prise en charge thérapeutique.	147
- Tableau 71 : Répartition des victimes selon la nature de la prise en charge thérapeutique.....	148
- Tableau 72 : Répartition des victimes selon l'hospitalisation et sa durée	148
- Tableau 73 : Répartition des victimes selon le délai de survie.....	148
- Tableau 74 : Répartition des cas selon le tribunal ordonnateur.	149
- Tableau 75 : Répartition des cas selon les signes de l'examen externe.	150
- Tableau 76 : Répartition des cas selon le siège sur les membres supérieurs.....	152
- Tableau 77 : Répartition des cas selon le siège des lésions sur le tronc et le thorax.....	153
- Tableau 78 : Répartition des cas selon les lésions de violences associées.....	153
- Tableau 79 : Répartition des cas selon les lésions de violences associées.....	154
- Tableau 80 : Répartition des cas selon les analyses complémentaires réalisées.....	155
- Tableau 81 : Répartition des cas selon la forme médico-légale de la mort.....	156
- Tableau 82 : Répartition des victimes selon l'âge et le sexe.....	157
- Tableau 83 : Répartition des victimes selon le statut matrimonial et le sexe.....	157

- **Tableau 84** : Répartition des victimes selon les ATCD et le sexe.....158
- **Tableau 85** : Répartition des victimes selon la violence antérieure subie et le sexe.....158
- **Tableau 86** : Répartition des victimes selon si c'est le même auteur des violences et le sexe.....158
- **Tableau 87** : Répartition selon le sexe des victimes et le lien avec l'auteur.....159
- **Tableau 88** : Répartition des cas l'âge des auteurs et la situation professionnelle.....159
- **Tableau 89** : Répartition des cas selon l'âge des auteurs et les antécédents personnels....160
- **Tableau 90** : Répartition des cas selon les motifs de survenus et le moment des faits.....161
- **Tableau 91** : Répartition selon le nombre des lésions externes et les organes internes atteints.162
- **Tableau 92** : Répartition des cas selon le lieu des faits et le motif de survenu.....162
- **Tableau 93** : Répartition des cas selon le lien entre auteur et victime et le motif de survenu.....163

Les Annexes

Annexe 01 : fiches techniques du recueil des données.

Fiche technique N 1 : Consultation

N° :

Rapport M.L N° :

Date d'examen :

Modalité d'examen : seul : ☐tuteur légal : ☐réquisition : ☐

A- renseignement concernant la victime :

1- Identification :

- Sexe : -masculin : ☐-féminin : ☐

- Age : âge exacte :

- inf 18 an ☐-18à30 ans ☐-31à40ans ☐-41à50ans ☐-51à60ans : ☐-sup60ans ☐- Nationalité : Algérienne : ☐autres : ☐ précisé :- Type et nature d'habitat : rurale ☐Urbaine : ☐- appartement: ☐-villa : ☐- maison individuelle ☐-bidonville ☐

-Adresse : exacte :

-Annaba ☐ Autres ☐ précisé :
2- Situation matrimoniale : - célibataire ☐ -Marié(e) ☐ -divorcé(e) ☐ -veuf(ve) ☐

3- Situation professionnelle :

-Fonctionnaire : ☐- employé: ☐-retraité : ☐-prof libérale : ☐- Chômeur : ☐- étudiant: ☐-autres : ☐
4- Niveau d'étude : sans ☐ -primaire: ☐ -moyen : ☐ -secondaire ☐ -supérieur: ☐

5- Antécédents :

-Personnel : oui : ☐ non ☐• Psychia : Oui ☐ précisé :• Toxic : tabagisme : ☐-drogue : ☐-alcool : ☐-toxicomanie ☐• Carcéraux : ☐ motif :-Familiaux : oui ☐ précisé :-non : ☐
6- violences antérieures-subies: oui ☐ non ☐ -même auteur : oui ☐ non ☐
-Type : Verbale : ☐Physique : ☐ -prise en charge médico-légale : 1^{er} épisode : ☐ récurrence: ☐Psychique : ☐Autres : ☐

7- Lien avec l'auteur :

-voisin : ☐- conjoint : ☐-membre de famille : ☐-Ami : ☐- collègue ☐- aucun : ☐- autres : ☐

8- Données médicales :

- Modalité et qualité de la prise en charge médicale initiale :

• La structure sanitaire contactée après les faits :

-unité de soins de base : ☐-milieu privé : ☐-milieu hospitalier (urgence): ☐

• La nature des soins :

- soins de base : ☐- non réalisés ☐-soins chirurgicaux : ☐- Hospitalisation : oui : ☐ non ☐-durée d'hospitalisation : 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ sup à 72 : ☐

• En cas de TRT chirurgical, les lésions associées :

- lésions musculaires : ☐ - lésions tendineuses : ☐ -lésions vasculaires ☐ -amputation : ☐- lésions nerveuses : ☐ - lésions osseuses : ☐ -lésions viscérales : ☐ -autres :

9- Données médico-légales :**-Examen clinique :**

- Type des lésions :- égratignures ☐ -plaies simples ☐ -plaies contuses ☐
-plaies superficielles : ☐ -plaie compliquée ☐ -autres :
- Nombre des lésions : -unique : ☐ -multiples ☐ précisé :
- plaie simple : ☐ - plaie superficielle ☐ - égratignure : ☐
- plaie contuse ☐
- Mensuration :-les plaies : -inf1cm ☐ -1à2cm ☐ -3à4cm ☐ -5à6cm ☐ -sup à 6cm ☐
-les égratignures : inf1cm ☐ -1à2cm ☐ -3à4cm ☐ -5à6cm ☐ -sup à 6cm ☐
- Siege :-Membre supérieur { Bras : F.ant ☐ -F.post ☐ -F.ext ☐ -F.in ☐
Avant-bras : F.ant : ☐ -F.post : ☐ -F.ext : ☐ -F.int ☐
Main : F.palmaire : ☐ -F.dorsale ☐
- Membre inférieur { Région fessière : ☐
Cuisse : F.ant : ☐ -F.post ☐ -F.ext : ☐ -F.int : ☐
Jambe : F.ant : ☐ -F.post ☐ -F.ext : ☐ -F.int : ☐
Pied : F. dorsale : ☐ -F.plantaire : ☐
- Tronc { Thorax : -F.ant: droite: ☐ gauche: ☐ -F.post : ☐ -F.latérale : ☐
Abdomen: ☐
région lombaire : ☐
- Le cou : ☐
- Le visage ☐
- Cuir chevelu : ☐
- Autres: multiples :

-diagnostic différentiel : oui ☐ non ☐

- Simulation : ☐ *tentative de suicide : ☐
- Blessures thérapeutiques : ☐
- Automutilation** : ☐

- La Nature :

- Unique : ☐ - Superficielle : ☐ - Lésion D'hésitation : oui : ☐ non ☐
- Multiple : ☐ - Profonde : ☐ - Groupée : ☐ - Surajoutée : ☐
- Se Croisent Entre Elles ☐ - Orienté Dans La Même Direction : ☐ -Parallèles Entre Elles: ☐
- **La Forme** : - Uniforme : ☐ -Multiforme ☐ Préciser La ou/et Les Forme(s) :
Linéaire : curviligne : autres :
- **Le Siège** : - Accessible Pour L'intéressé : oui : ☐ non : ☐ droitier : ☐ gaucher : ☐
Coté dominant : ☐ coté contre latéral : ☐ au milieu ☐
Siège En Postérieure (Aide d'un tiers): ☐
- Préciser Le Siège: Cuir chevelu ☐
Visage ☐
Cou ☐
Tronc ☐
Membre supérieur ☐
Membre inférieur ☐
- La Blessure Correspond A L'instrument Ou L'objet Utilisé Allégué : oui : ☐ non : ☐
- Pratiquée De Manière Chronique : oui : ☐ non : ☐
- La personne a avoué de s'automutiler : oui ☐ non ☐

-conséquences médico-judiciaires et sociales :

- ITT : -nulle : ☐ ☐ -inf ou égale à 15jrs ☐ -sup.à 15jrs ☐
- La détection d'éventuelles séquelles physiques ultérieures (infirmité) : oui ☐ non ☐
- La présence de séquelles définitives : oui : ☐ non : ☐
- La présence d'un retentissement psychologiquement : oui ☐ non : ☐
 - la peur : ☐ - l'isolement : ☐ -vengeance : ☐
 - troubles alimentaires et du sommeil ☐ -autres : ☐
- Attitude envisagée par la victime pour le certificat :
 - déposer plainte : ☐ - consulter un avocat : ☐
 - décider par la suite ☐ -rien faire : ☐
- La présence d'une plainte antérieure si le même auteur : oui : ☐ non : ☐

B- Renseignement concernant l'auteur :

- 1- Nombre : un seul : ☐ -plusieurs : ☐
- 2- Age : inf 18 ans : ☐ -18à30 ans : ☐ -31à40ans ☐ -41à50ans ☐
 - 51à60ans : ☐ -sup60ans ☐ précisé : ☐
- 3- Type d'habitat : rural : ☐ -urbain ☐ -méconnu ☐
- 4- Situation professionnelle :
 - Fonctionnaire : ☐ - employer : ☐ -retraité : ☐ -prof libérale ☐ - Chômeur : ☐
 - étudiant : ☐ -autres : ☐ -méconnue ☐
- 5- Niveau d'étude : sans ☐ -primaire ☐ -moyen ☐ -secondaire : ☐ -supérieur ☐
 - Méconnu : ☐
- 6- ANTD personnels {
 - psychiatrique : oui ☐ précisé : ☐
 - oui ☐ Carcéraux : oui ☐ motif : ☐
 - non ☐ Toxico : tabagisme ☐ -drogue ☐ -alcool ☐ -toxicomanie ☐ sans ☐

C- Circonstance des faits :

- 1- Jour des faits : jours de semaines : ☐ - weekend : ☐
- 2- Moment de survenue de la violence : heure exacte : ☐ -matin ☐ - après-midi ☐ -soir ☐
- 3- Lieu des faits : - domicile : ☐ - voie publique : ☐ -travail : ☐ - endroit isolé : ☐
 - lieu publique ☐ précisé : ☐ - autres ☐ précisé : ☐
- 4- Délai de consultation : -inf.à 24h ☐ -24à48H ☐ -48.à 72H ☐ -72H à 7jrs : ☐ -sup.à 7jrs : ☐
- 5- Type d'armes blanches :
 - Arme piquante et tranchante : ☐
 - Arme typiquement tranchante : ☐
 - Arme piquante ☐
 - Arme tranchante et contondante (de taille) : ☐
 - Non précisé : ☐
- 6- Utilisation seule ou en association avec d'autres armes : oui : ☐ non : ☐
 - Type et nombre : -armes contondantes : ☐ ☐ -armes naturelles ☐ ☐
 - autres : ☐ ☐
- 7- Association à d'autres violences :
 - Type et nombre : physique ☐ ☐ -psychique : ☐ ☐ -sexuelle : ☐ ☐
 - tentative de suicide : ☐ ☐ -autres : ☐ ☐
- 8- Circonstances des faits : -drogue : ☐ -maladies mentale : ☐ -non précisé : ☐
 - motif financier : ☐ - rixe ☐ -vengeance : ☐ -vol : ☐ -autres : ☐

Fiche technique N° 02 : Thanatologie

N°

Rapport d'autopsie N° :

Délai écoulé entre le décès et l'autopsie : inf à 24H ☐ - 24à48H ☐ - 72H ☐ - sup à 72 ☐
tribunal : Annaba : ☐ - El-Hadjar : ☐ - Berrahal : ☐ - Autres : ☐

A/ Renseignement concernant la victime :**1- Identification :**

-Sexe :- Masculin ☐ -féminin ☐
-Age : exacte : - inf 18 ans ☐ -18à30 ans : ☐ -31à40ans : ☐ -41à50ans : ☐
-51à60ans ☐ -sup60ans ☐
- Nationalité : Algérien ☐ autre ☐
- Type et nature d'habitat : rurale ☐ Urbaine : ☐ méconnu : ☐
- appartement ☐ -villa ☐ - maison individuelle : ☐ -bidonville ☐
-Adresse : exacte : Annaba : ☐ Autres ☐ précisé :
-méconnue ☐

2- Situations matrimoniales : - célibataire : ☐ -Marié(e) : ☐ -divorcé(e) : ☐ -veuf (ve) ☐

3- Situation professionnelle :

-Fonctionnaire ☐ - ouvrier : ☐ -retraité ☐ -prof libérale : ☐
- Chômeur ☐ - étudiant : ☐ -autres : ☐

4- Niveau d'étude : sans ☐ -primaire ☐ -moyen ☐ -secondaire ☐ -supérieur ☐ méconnu ☐

5- Antécédents :

Personnel : oui : ☐ non ☐
• Psychiatrique : oui ☐ précisé :
• Toxicomaniaques : oui ☐ précisé :
• Carcéraux : oui ☐ motif :
Familiaux : non ☐ oui ☐ précisé :

6- violences antérieures subies : oui : ☐ non : ☐ -même auteur : oui ☐ non ☐

Type : verbale : ☐
Physique : ☐
Psychologique : ☐
Autres : ☐

7- Lien avec l'auteur :

-voisin : ☐ - conjoint ☐ - famille : ☐ -méconnu : ☐
-Ami : ☐ - aucun : ☐ -autres : ☐

8- Données médicales :

-Durée entre la violence et la prise en charge :-décès immédiat ☐ - <1h : ☐ -1à2h ☐
- 2hà4h : ☐ -plus de 4h : ☐

-Moyen de transport vers une structure sanitaire :

• Transport médicalisé : oui : ☐ non : ☐

-Soins donnés avant le décès :

• Médicaux ☐ Paracliniques : ☐ Chirurgicaux : ☐

• Hospitalisation : oui : ☐ non : ☐ durée : 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ sup à 72 ☐

-Temps de survie après les soins : inf 24h ☐ 24à48h ☐ 72H ☐ sup à 72H ☐ sup 1sem ☐

9- Données nécrosiques :-Date d'autopsie : jours de semaine ☐ weekend ☐-Rapport de première information : oui ☐ non ☐-levée de corps : oui ☐ non ☐**-Examen externe :**

- Particularité : oui ☐ non ☐

- cicatrice de plaie : ☐- automutilation : récente : ☐ ancienne : ☐- tatouage : ☐- Traces thérapeutiques : ☐

- autres :

- Etat de conservation : bonne ☐ début de putréfaction ☐ putréfié ☐

- Lividités : pale ☐ bien marquée : ☐

- Rigidité : présente : ☐ rompue : ☐

- Lésions de violences :

- Nombre : unique : ☐ multiples : ☐ précisé le nombre :- Siège : Membre supérieur { Bras : F.ant : ☐ -F.post : ☐ -F.ext : ☐ -F.int : ☐Avant-bras : F.ant : ☐ -F.post : ☐ -F.ext : ☐ -F.int : ☐Main : F.palmaire : ☐ -F.dorsale : ☐Membre inférieur { Région fessière : ☐Cuisse : F.ant : ☐ -F.post : ☐ -F.ext : ☐ -F.int : ☐Jambe : F.ant : ☐ -F.post : ☐ -F.ext : ☐ -F.int : ☐Pied : F. dorsale : ☐ -F.plantaire : ☐Tronc : { Thorax : -F.ant : droite : ☐ gauche : ☐ -F.post : ☐ -F.latérale : ☐Abdomen ☐Région lombaire : ☐Le cou : ☐Le visage : ☐Cuir chevelu : ☐

Autres : multiples

- Association à d'autres lésions de violence : oui : ☐ non : ☐

Nature : contusions : ☐ br[]res : ☐ fract[]s : ☐ autr[] : ☐

- Caractère morphologique : ☐

Plaie linéaire superficielle : ☐Plaie profonde à bord arrondi et l'autre aigu : ☐Plaie profonde à deux bords aigus : ☐Plaie de défense : oui : ☐ ☐Plaie contuse : ☐Egratignure : ☐

Autres :

- Signes de vitalité : oui ☐ non ☐

- Présence de lésions post-mortem : oui ☐ non : ☐

-Examen interne du cadavre :

- organes internes atteints:
 - crane et cerveau : ☐ -cou : voies aériennes ☐
 - cœur : ☐ -poumons : ☐
 - vascularisation : -thorax : ☐ -abdomen : ☐ -membres sup : ☐
 - membres inf : ☐ -cou : ☐ ☐
 - organes pleins ☐
 - organes creux : ☐

-Examens complémentaires :

- Toxicologique : positive : ☐ négative : ☐
 - Alcool : positif : ☐
 - Drogue : positif ☐
 - Médicaments : positif ☐
 - Autres :
- Histologique : ☐
- Biologie : groupage : ☐
- Biochimie : ☐

-Cause de la mort :

Forme médico-légale du décès : suicide : ☐ homicide : ☐ accident : ☐

B/Renseignements concernant l'auteur :

- 1- Nombre : - unique : ☐ -multiples : ☐ -inconnue ☐
- 2- Sexe : femme ☐ homme : ☐ inconnu ☐
- 3- Age : - inf 18 ans ☐ -18à30 ans ☐ -31à40ans : ☐ -41à50ans : ☐
- 51à60ans : ☐ -sup à60ans : ☐ -☐connu ☐
- 4- Situations matrimoniales : célibataire ☐ -Marié(e) ☐ -divorcé(e) ☐ -veuf(ve) ☐ méconnue ☐
- 5- Type d'habitat : urbain : ☐ rural : ☐ méconnu ☐
- 6- Situation professionnelle : méconnue ☐
 - Fonctionnaire ☐ - ouvrier : ☐ -retraité : ☐ -prof libérale : ☐
 - Chômeur : ☐ - étudiant : ☐ -autres :
- 7- Niveau d'étude : sans ☐ -primaire ☐ -moyen ☐ -secondaire ☐ -supérieur ☐
- Méconnu : ☐
- 8- ATCD personnel : - médico-chirurgicaux : ☐
 - oui ☐ -Cancéreux : oui ☐ motif
 - non ☐ -Toxico : ☐

C/ Circonstances des faits :

- 1- Jour des faits : jours de semaines : ☐ -weekend : ☐
- 2- Moment de survenue de la violence : -matin : ☐ - après-midi ☐ - soir : ☐ -non précisé ☐
- 3- Lieu des faits : - domicile : ☐ - voie publique : ☐ -travail : ☐ - endroit isolé : ☐
- lieu publique : ☐ - autres :
- 4- Lieu et moment de décès : - lieu des faits : ☐ - en cours d'évacuation ☐ -à l'hôpital : ☐
- 5- Motif de l'acte : -motif financier : ☐ - rixe ☐ -vengeance : ☐ -vol : ☐ -autres :
- maladies mentales : ☐ -drogue : ☐
- 6- Délai de survie : immédiat : ☐ qq min : ☐ qq hrs : ☐ qq jours : ☐

Annexe 2 : Certificat médical descriptif et interprétatif de coups et blessures.

**République Algérienne Démocratique et Populaire
Centre Hospitalier Universitaire Annaba
Service de Médecine légale**



**Pr MIRA Abdelhamid
Chef de service**

**Pr F.KAIOUS
Pr Y.MELLOUKI
Pr L.SELLAMI
Pr Y.ZERAIRIA
Dr F.GUEHRIA
Dr N.BELKHEDJA
Dr L.SAKER
Dr A.ZETILI
Dr F.REBAI**

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF ET INTERPRETATIF
DE COUPS ET BLESSURES
REF :**

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Profession :

Situation de famille :

Nombre d'enfants :

Adresse :

Circonstances de production :

Date de survenue :

Bilan lésionnel :

Au terme de l'examen clinique et après consultation du dossier médical (certificat médical initial, radiologie, autres), nous avons constaté :

Conclusion:

1. Incapacité Totale de Travail (ITT pénale) :

2. Incapacité Partielle Permanente(IPP) :

**Annaba le :
Médecin consultant**

.....
Il n'est délivré qu'un seul certificat à l'intéressé (e)

Annexe 3 : Fiche de prélèvement pour recherche toxicologique.

République Algérienne Démocratique et Populaire
Centre Hospitalier Universitaire Annaba
Service de Médecine légale
Chef de service : Pr MIRA Abdelhamid

Pr F.KAIOUS
Pr Y.MELLOUKI
Pr L.SELLAMI
Pr Y.ZERAIRIA
Dr F.GUEHRIA
Dr N.BELKHEDJA
Dr L.SAKER
Dr A.ZETILI
Dr F.REBAI

Fiche de prélèvement pour recherche toxicologique

Nom :

Prénom :

Age :

Date du décès :

Date d'autopsie :

Réf :

Constatations médico-légales :

Nature de(s) prélèvement(s) :

Sang

Urine

Contenu gastrique

Bile

Autres

Recherche(s) demandée(s) :

Médicaments

Alcool

Hbco

Produits toxiques

Produits dopants

Autres

Annaba le :
Le médecin légiste

Annexe 4 : Fiche de renseignement pour étude Anatomo-Pathologique.

**République Algérienne Démocratique et Populaire
Centre Hospitalier Universitaire Annaba
Service de Médecine légale
Chef de service : Pr MIRA Abdelhamid**

Pr F.KAIOUS

Pr Y.MELLOUKI

Pr L.SELLAMI

Pr Y.ZERAIRIA

Dr F.GUEHRIA

Dr N.BELKHEDJA

Dr L.SAKER

Dr A.ZETILI

Dr F.REBAI

Réf :

Fiche de renseignement pour étude Anatomo-Pathologique.

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques :

Nature de(s) prélèvement(s) :

Annaba le :

Le médecin légiste

Annexe 5 : Fiche de prélèvement(s) biologique(s).

République Algérienne Démocratique et Populaire
Centre Hospitalier Universitaire Annaba
Service de Médecine légale
Chef de service : Pr MIRA Abdelhamid

Pr F.KAIOUS
Pr Y.MELLOUKI
Pr L.SELLAMI
Pr Y.ZERAIRIA
Dr F.GUEHRIA
Dr N.BELKHEDJA
Dr L.SAKER
Dr A.ZETILI
Dr F.REBAI

Réf : / /M.L/2023

Fiche de prélèvement(s) biologique(s).

Réquisition du procureur de la république près le tribunal de _____, en date du _____
 sous la référence :

Identité du défunt :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Date d'autopsie :

Date de prélèvement(s) :

Nature de(s) prélèvement(s) :

Sang

Urine

Contenu gastrique

Autres

Annaba le :

Le médecin légiste

الجوانب الوبائية والطبية الشرعية للإصابات بالأسلحة البيضاء من خلال نشاط مصلحة الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي عناية.

مقدمة: إن استخدام الأسلحة البيضاء في أنواع مختلفة من العنف، والناجم عن توفر هذه الوسيلة وإمكانية الوصول إليها، يشكل آفة اجتماعية ومشكلة حقيقية للصحة العامة، وفي مواجهة عدم وجود بيانات محددة تساعد على تحديد وفهم هذه الظاهرة، قمنا بإنجاز هذا العمل الذي كان هدفه دراسة الجوانب الوبائية والطبية والقانونية للإصابات بالأسلحة البيضاء من خلال نشاط قسم الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي عناية.

المواد والأساليب: فكرة الدراسة وصفية مستعرضة لأسلوب الاسترداد المحتمل، والتي تشمل سلسلتين من ضحايا العنف بالأسلحة البيضاء، غير القاتل خلال فترة سنة واحدة من 01 سبتمبر 2021 حتى 31 أوت 2022، والقاتل خلال فترة سنتين من 01 جانفي 2021 حتى 31 ديسمبر 2022.

النتائج: أظهرت النتائج التي تم الحصول عليها تكرار حدوث 16.76% للعنف غير المميت و 3.83% للعنف المميت، وتتعلق بشكل رئيسي بالضحايا الشباب الذكور، معظمهم غير متزوجين وذوي مستوى تعليمي متوسط إلى منخفض، أو عاطلين عن العمل أو يعملون أعمال حرة ومنغمسون في العادات السامة التي غالبًا ما تنطوي على تعاطي الكحول والمخدرات. وكان الجناة الذين تم تجريمهم أيضًا من الشباب الذين يتصرفون بمفردهم في أعمال العنف، عاطلين عن العمل وذوي مستوى تعليمي منخفض، مدمنون على الكحول وذوو سوابق عدلية واضطرابات نفسية.

حدثت أعمال العنف غير المميتة بشكل رئيسي في أيام الأسبوع في 73.1%، وبلغت ذروتها في الساعة 7 مساءً، في الأماكن العامة والطرق في 65% من الحالات، بدافع المشاجرات في 48%، والتي لا يعرف الخصوم بعضهم البعض بشكل عام. بخلاف العنف المميت حيث يكون الخصوم متعارفين وهم الجيران في 25% من الحالات، والزوج أو الأصدقاء في 15% من الحالات ومكان حدوثه المنزل في 45%، حيث تتشابك أسبابه.

على المستوى الطبي والقانوني، فإن السلاح الأكثر استخدامًا هو النوع الوحز والحاد في كلتا السلسلتين، مما يسبب عمومًا جروحًا بسيطة في 75% من الحالات أو معقدة في 22.1% للضحايا الأحياء، وجرح بزاوية حادة واحدة في 65% من حالات الضحايا المتوفين. تتعلق أماكن الجروح السائدة بالأطراف العلوية في 52.9% من الحالات الحية والجذع في 60% من الحالات المتوفاة. تم العثور على استخدام الأسلحة البيضاء في الجروح الذاتية، وهي غير مميتة في 2.6% من الحالات ومميتة في حالة واحدة فقط. النساء أيضًا ضحايا للعنف بالأسلحة البيضاء، في إطار العنف المنزلي، وهو غير مميت في 5.8% من الحالات ومميت في ثلاث حالات، مع وجود طابع عنف سابق في كلتا السلسلتين.

الاستنتاج: تكمن أهمية النتائج التي تم الحصول عليها في اختيار وتنوع المتغيرات المدروسة مقارنة بمختلف الأعمال العلمية والبحثية والتي مكنت من التأكيد على تورط الأسلحة البيضاء في أشكال العنف المختلفة دون استثناء، والدور المهم للطبيب الشرعي الذي يضع نفسه في منتصف سلسلة رعاية الضحايا، من خلال مساهمته الحاسمة في نتائج تحقيقات الطب الشرعي ومساهمته على المستوى الشخصي والقضائي والاجتماعي والوقائي في هذا الشأن.

الكلمات المفتاحية: الأسلحة البيضاء، العنف المميت، العنف غير المميت، الملامح الوبائية، الجوانب الطبية والقانونية.

The epidemiological and medico-legal aspects of bladed weapon injuries through the activity of the legal medicine service of Annaba University Hospital.

Introduction: The use of weapons in different types of violence, favored by the availability and accessibility of this means, constitutes a social scourge and a real public health problem, faced with the lack of specific data helping to identify and understand This phenomenon, we carried out this work whose objective was to study the epidemiological and medico-legal aspects of bladed weapon injuries through the activity of the forensic medicine department of the Annaba University Hospital.

Materials and methods: this is a descriptive cross-sectional study using a prospective collection method, which focused on two series of victims of non-fatal knife violence during a period of one year from September 1, 2021 to 31 August 2022, and fatal for two years from January 1, 2021 to December 31, 2022.

Results: The results obtained showed a frequency of occurrence of 16.76% for non-fatal violence and 3.83% for fatal violence, and mainly concerned young male victims, mostly single and with a level of medium to low education, unemployed or working in a liberal profession and indulging in toxic habits often involving multiple alcohol and drug consumption.

The perpetrators incriminated were also young men, acting alone in the act of violence, unemployed and with a low level of education with ATCDs of toxic consumption, incarceration and psychiatric disorders. Non-fatal violence occurred mainly on weekdays in 73.1%, with a peak at 7 p.m., in public places and roads in 65% of cases, motivated by brawls in 48%, the antagonists of which generally do not know each other. . Unlike fatal violence where the antagonists are known, namely a neighbor in 25% of cases, a spouse or friends in 15% of cases and the place of occurrence is the home in 45%, the reasons for which are intertwined.

On a medico-legal level, the most used weapon is of the pricking and sharp type in both series, generally causing simple wounds in 75% of cases or complicated in 22.1% for living victims, and buttonhole at a single acute angle in 65% of cases for deceased victims. The predominant lesion topography concerns the upper limbs in 52.9% of living cases and the trunk in 60% of deceased cases.

The use of bladed weapons is found in self-inflicted wounds, non-fatal in 2.6% of cases and fatal in only one case. Women are also victims of violence by bladed weapons, in the domestic context, non-fatal in 5.8% of cases and fatal in three cases, with a character of previous violence found for both series.

Conclusion: The relevance of the results obtained lies in the choice and diversity of the parameters studied compared with different scientific and research works and which made it possible to underline the involvement of bladed weapons in the different forms of violence without exception, and the important role of the forensic doctor, who places himself in the middle of the chain of care for victims, through his decisive contribution to the results of medico-legal investigations and his contribution on a personal, judicial, social and preventive level in the matter.

Key words: bladed weapons, fatal violence, non-fatal violence, epidemiological profiles, medico-legal aspects.

Les aspects épidémiologiques et médico-légaux des blessures par armes blanches à travers l'activité du service de médecine légale du CHU d'Annaba.

Introduction : L'utilisation des armes blanches dans les différents types de violence, favorisée par la disponibilité et l'accessibilité de ce moyen, constitue un fléau social et un réel problème de santé publique, confronté au manque de données spécifiques contribuant à cerner et à comprendre ce phénomène, nous avons mené ce travail dont l'objectif a été d'étudier les aspects épidémiologiques et médico-légaux des blessures par armes blanches à travers l'activité du service de médecine légale du CHU d'Annaba.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude transversale descriptive à mode de recueil prospectif, qui a porté sur deux séries de victimes de violence par arme blanche, non mortelle durant une période d'une année allant du 01 septembre 2021 au 31 août 2022, et mortelle durant deux ans allant du 01 janvier 2021 au 31 décembre 2022.

Résultats : Les résultats obtenus ont montré une fréquence de survenue de 16,76% pour les violences non mortelles et de 3,83% pour les mortelles, et concernés majoritairement des victimes jeunes de sexe masculin, en majorité célibataires et ayant un niveau d'instruction moyen à faible, chômeurs ou exerçant une profession libérale et s'adonnant à des habitudes toxiques souvent de poly consommation d'alcool et de drogue.

Les auteurs incriminés étaient aussi des jeunes hommes, agissant seul dans l'acte de violence, chômeurs et d'un niveau d'instruction faible ayant des ATCD de consommation toxique, d'incarcération et de troubles psychiatriques.

Les violences non mortelles sont survenues surtout les jours de semaines dans 73,1%, avec un pic à 19H, dans les lieux et voies publiques dans 65% des cas, motivée par des rixes dans 48% dont généralement les antagonistes ne se connaissent pas. Contrairement aux violences mortelles où les antagonistes se connaissent à savoir un voisin dans 25% des cas, conjoint ou amis dans 15% des cas et le lieu où le survenu est le domicile dans 45% dont les motifs sont intriqués.

Sur le plan médico-légal, l'arme la plus utilisée est de type piquante et tranchante à la fois dans les deux séries, provoquant généralement des plaies simples dans 75% des cas ou compliquées dans 22,1% pour les victimes vivantes, et en boutonnière à un seul angle aigu dans 65% des cas pour les victimes décédées. La topographie lésionnelle prédominante concerne les membres supérieurs dans 52,9% des cas vivants et le tronc dans 60% des cas décédés.

L'usage des armes blanches est retrouvé dans des blessures auto-infligées, non mortelles dans 2,6% des cas et mortelles pour un seul cas. Les femmes aussi sont victimes de violence par armes blanches, dans le cadre conjugal non mortelle dans 5,8% des cas et mortelle dans trois cas, avec un caractère de violences antérieures retrouvé pour les deux séries.

Conclusion : La pertinence des résultats obtenus réside dans le choix et la diversité des paramètres étudiés confrontés avec différents travaux scientifiques et de recherches et qui ont permis de souligner l'implication des armes blanches dans les différentes formes de violence sans exception, et le rôle important du médecin légiste, qui se place au milieu de la chaîne de prise en charge des victimes, par son apport décisif dans les résultats des investigations médico-légales et sa contribution sur le plan personnel, judiciaire, social, et préventif dans la question.

Mots clés : armes blanches, violences mortelles, violences non mortelles, profils épidémiologiques, aspects médico-légaux.