



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme Doctorat en médecine

Aspects médico-légaux de violences physiques à l'égard des femmes

Présenté par :

Hannouna Nour Elhouda

Koudia Hibet Allah

Encadré par :

Dr.Boubidi Abdelhakim

FACULTE DE MEDCINE

OUARGLA

2025-2026

Remerciements

Au terme de ce travail nous remercions :

Avant tout, nous rendons grâce à ALLAH Tout-Puissant, qui nous a accordé la force, la patience et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce travail.

Nous adressons notre profonde gratitude au Dr. Boubidi pour leur précieux soutien et leur conseils avisés tout au long de ce travail.

Nous remercions également toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à ce travail, que ce soit par leur encadrement, leurs suggestions ou leur encouragement.

Enfin, nous espérons que ce travail pourra apporter une contribution significative à notre domaine et ouvrir la voie à de futures avancées.

DEDICACE

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

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

l'amour, le respect, la reconnaissance...

Aussi, c'est tout simplement que

A nos très chers parents ,

Aucune dédicace, ne pourrait exprimer toute l'affection et l'amour que nous vous portons.

Vos sacrifices innombrables et votre dévouement ont été pour nous la plus grande des motivations.

Merci de nous avoir inculqué ces belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes.

Merci d'avoir fait de nous les personnes que nous sommes aujourd'hui.

A nos très chères sœurs et frères:

Pour votre amour et votre soutien ,nous vous dédions ce travail en témoignage de notre profonde affection et notre attachement.

Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des complices, des amies,

des irremplaçables sœurs et frères !nous vous souhaitons beaucoup de bonheur, de santé et de réussite.

Sommaire

Remerciement	1
Dédicace.....	2
Sommaire.....	4
Liste des abréviations.....	8
Liste des figures.....	9
Résumé.....	10
I-INTRODUCTION :.....	19
I-.Intérêt de l'étude :	20
1.Objectifs :.....	21
II. Epidémiologie :	22
II-1. Données mondiales :	22
III. Circonstance et modalité de violence physique :.....	24
III-1. Mécanisme de violence :	24
1.La phase de tension (<i>Tension Building</i>) :.....	24
2.L'incident aigu de violence (<i>Acute Battering Incident</i>) :	24
3.La phase de lune de miel ou de réconciliation (<i>Honeymoon Phase</i>) :	24
III-2.Modalités des agressions :	25
III-2-1:Violence conjugale :	25
III-2-2 :Violence intra familiale :	26
III-2-3:Violence dans la voie publique :	27
III-3.Les facteurs de risque :	27
III-3-1 :Facteurs individuels :	27
III-3-2 : Facteurs liés au couple	28
III-3-3 : les facteurs communautaires et socio-économique :	28
III-3-4 : Facteurs sociétaux (Normes culturelles) :	28
IV. Mécanismes lésionnels (Agent vulnérant) :	28
1. Les instruments contondants :	29
2.Les instruments tranchants:	30
3. Les instruments piquants:.....	30
4. Les instruments complexes:.....	31

5. Les sources de chaleur physiques et chimiques:	33
V-1.Contusion :	33
V-1-1 .Contusion du 1 ^{er} degré Ecchymoses :	33
a-DU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE :	34
b- DU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE :	34
c- DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE :	35
V-1-2 .Contusion du 2 ^{er} degré *Hématome* :	36
V-1-3. Contusion du 3 ^{er} et 4 ^{er} degré *ÉCRASEMENT ET BROIEMENT* :	37
V-2.Les Abrasions :	38
V-3. Les plaies :	38
V-3.1. Les plaies simples :	39
V-3.2. Les plaies contuses :	39
V-4. Fractures :	40
V-5.Les brûlures :	41
VI : Diagnostique médico légal des victimes de violence physique :	42
A : Chez la femme vivante :	42
A.1 : Accueil de victime :	42
A.2 : Interrogatoire :	43
A.3 :Examen physique :	44
A4- Certificat médical initial CMI :	45
A5- Certificat de coups et blessures :	43
A6- Examens complémentaire :	48
B : Chez le cadavre :	49
1-Levée de corps:	49
2- Autopsie:	51
V- Conséquences de violences :	52
A-Conséquences médicale :	52
B- Conséquences psychologiques :	52
IV-Cadre juridique :	53
Droits de la victime :	53
Lois répriment les violences contre les femmes et Responsabilité pénale de l'auteur :	54
Matériels et méthodes.....	54
1. Type d'étude :	57
2. Lieu d'étude :	57

3. Période d'étude :	57
4. Population d'étude :	57
5. Variables étudiées :	57
6. Collecte et des données :	59
7. Analyse des données :	59
8. Considération éthique :	59
Résultats.....	58
A-Identification :	61
• Demande d'examen médico-légal :	61
• Heure de consultation :	61
• Date de consultation :	62
B-Caractéristiques sociodémographiques :	63
1. Répartition des victimes par âge :	63
2. Répartition des victimes selon le statut civil :	63
3. Répartition des victimes selon la profession :	64
4. Répartition des victimes selon le lieu de résidence:	64
5. Répartition du nombre des enfants des victimes :	64
C- Prise en charge médico-légal :	65
6. Répartition des auteurs de violences :	65
7. Répartition des lieux de survenue des violences :	65
8. Répartition des résultats selon l'agent vulnérant :	66
9. Topographie des lésions :	66
10. Type de lésion :	67
11. Incapacité totale de travail (ITT) :	68
12. Hospitalisation nécessaire :	69
13. Orientation :	69
Discussion.....	68
1. Demande d'examen médico-légal :	71
2. Date de consultation :	72
3. L'âge :	72
4. L'état matrimonial :	72
5. la profession :	72
6. lieu de résidences des victimes :	73

7- L'auteur de violence :	73
8. Lieu de survenue de l'agression :	73
9. L'agent vulnérant :	74
10. Topographie des lésions :	74
11. Type de lésion :	74
12. L'incapacité totale de travail :	74
13. Hospitalisation nécessaire :	75
14. Orientation :	75
Recommandations.....	73
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	77

Liste des abréviations

- CMI : certificat médical initial
- ITT : incapacité total de travail
- CBV : coup et blessure volontaire
- OMS : organisation mondial de santé
- CHU : centre hospitalo universitaire
- ORL : oto-rhino-laryngologiste

Liste des figures

Figure 1:Who study on health women and domestic violence,2005.	23
Figure 2: cycle de violence selon Walker.	25
Figure 3: Types des blessures sur la peau.	29
Figure 4: Les instruments contendants.	29
Figure 5: Les armes tranchantes.	30
Figure 6: Les instruments piquants.	31
Figure 7: Aspect clinique d'une lésion par un instrument piquant et tranchant.	32
Figure 8: Aspect des ecchymoses selon leurs age.	34
Figure 9: Ecchymose prenant l'aspect de l'agent vulnérant.	36
Figure 10: Aspect d'un hématome orbitaire.	36
Figure 11: aspect d'écrasement et de broiement.	37
Figure 12: aspect des abrasions.	38
Figure 13: Aspect des plaies.	39
Figure 14: Aspect d'une plaie contuse.	40
Figure 15: Des fractures diaphysaires.	41
Figure 16: Aspect des brulures.	42
Figure 17: Modèle de certificat médical initial.	47
Figure 18: Diagramme de répartition des examens selon l'origine de demande.	61
Figure 19: Diagramma de répartition des examens selon le moment de consultation.	61
Figure 20: Diagramme de répartition des patients selon le délai de consultation.	62
Figure 21:Distribution des participants selon l'age.	63
Figure 22: Répartition des participantes selon le statut civil.	63
Figure 23: Distribution des victimes en fonction de profession.	64
Figure 24: Distribution des victimes selon le milieu de résidence.	64
Figure 25: Répartition de nombre des enfants des victimes	65
Figure 26: Distribution des auteurs de violences.	65
Figure 27: Répartition des cas de violence selon le lieu de survenu de violence.	66
Figure 28: Répartition des types de violence.	66
Figure 29: Histogramme de répartition de topographie des lésions	67
Figure 30: Diagramme de répartition des types des lésions.	68
Figure 31: Histogramme de répartition de durée d'ITT.	68
Figure 32: Diagramme de répartition de taux d'hospitalisation.	69
Figure 33:Diagramme de répartition des taux d'orientation spécialisée.	69

Résumé :

Introduction :

La violence envers les femmes constitue un phénomène mondial qui dépasse les frontières géographiques, culturelles, sociales, économiques et ethniques. C'est un véritable problème de santé publique. La violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». Cette définition inclut tous les types et toutes les formes de violence.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale, basée sur l'évaluation de nombre des femmes victimes de violence physique. L'étude est menée au sein de l'établissement public hospitalier **MOHAMED BOUDIAF OUARGLA**, dans le service de médecine légale, s'est déroulée en 03 mois, entre le **01/02/2026** et le **30/04/2026**. L'enquête a intéressé l'ensemble des femmes victimes de violence physique ayant consulté au niveau de service de médecine légale de **l'EPH Mohammed Boudiaf Ouargla**.

Résultats :

Notre échantillon comportait 170 femmes, La plus grande parties des consultations étaient sur demande des victimes avec un taux de 99%, Seule 1% des examens était sur réquisition, La majorité des consultations ont été pratiqués durant l'après-midi, avec un taux de 61% de l'ensemble des cas étudiés. En revanche les consultations matinales concernent 39% du collectif des victimes.

L'analyse des délais séparant la survenue des faits et la consultation médico-légale révèle que la majorité des victimes a consulté rapidement, 43.5% des examens ont été réalisés un jour après les faits. Un taux non négligeable de 41.2% des victimes a consulté au-delà de cette période, à savoir plus de deux jours après les faits. Les consultations effectuées deux jours après les faits représentent la proportion la plus faible 15.3%.

L'âge moyen de la population étudiée était de 34,4 ans $\pm$ 5 ans avec des extrêmes d'âge de 19 ans à 67 ans. Cette distribution reflète une population relativement jeune, tout en incluant des individus d'âges plus avancés. L'intervalle d'âge le plus incluse est entre 30 à 40 ans.

L'échantillon étudié se compose de 80 mariées (47%) et de 40 personnes divorcée (23%) ,avec 19% des femmes célibataire. la majorité sont des femme au foyer (68%) et avec proportion de 13,5% pour les femme employeures, les étudiantes constitues (11.8%) .On note que la plupart des victimes étaient issues d'un milieu urbain (82%), tandis que 18% résidaient en milieu rural.La majorité des répondantes 21,2% n'ont aucun enfant. Les femmes ayan 1 enfant représentent 6.5%, celle ayant 2 enfants 8.2% , 3 enfants 5.9% , 4 enfants 1.8% , 5 enfants 5.3% , 6 enfants 1.8% et 7 enfants 0.6% .

Les résultats montrent que le conjoint est le principal auteur des violences, cité dans 56.5% des cas .les membres de la famille occupent la deuxième position aves 21.2% des cas .Enfin les ex-conjoints sont les moins fréquemment rapportés, avec 3.5% des cas .Aussi le domicile constitue de loin le principal lieu de survenue des violences, avec 77% des cas . La voie publique arrive en deuxième position avec 14.1%. Les violences survenues en résidence universitaire représentent 5.3% des cas.Ce résultat montre que les violences se produisent majoritairement au domicile.

On note la diversité des formes de violence recensées, avec une prédominance des armes naturelles qui représentent 62% des cas .Elles sont suivies par les armes contondantes avec 27% et la projection contre un plan dur (7%) , l'arme tranchante(3%),et l'arme brûlante (1%). répartition montre une prédominance des atteintes au niveau des membres, touchant 45.3% de l'effectif global.Les traumatismes isolés de l'extrémité céphalique arrivent en deuxième position avec un taux de 30.6 % . Par ailleurs, 5.3% des sujets examinés présentaient des lésions au niveau de cou. L'atteinte de tronc était la moins fréquente avec un taux de 3.5%. Parmi les lésions constatées, les contusions indépendantes constituent la majorité des cas avec un pourcentage estimé à 49.7%, suivi par des plaies avec un taux de 29.1% .Dans 15.3% des cas les lésions n'étaient pas visibles .Les fractures et les brulures constituent les catégories les moins fréquente avec un pourcentage de 4.7% et 1.2% respectivement .

La très grande majorité des cas étudiés bénéficie d'une ITT de courte durée (moins de dix (10) jours), elle représente 66.5% des cas .Les ITT de longue durée (plus de 15 jours), restent très minoritaires , ils concernent juste 3.5% des cas .La grande majorité des cas avec 98% ont reçue des soins ambulatoires ou des examens externes sans nécessité d'une admission à l'hôpital. La très faible minorité de l'échantillon soit 2% représente les patients dont l'état de santé après l'agression a nécessité une prise en charge hospitalière. La grande majorité des patients n'a bénéficié d'aucune orientation vers un spécialiste avec un taux de 89.4%.Parmi les moindre patients ayant bénéficié d'une orientation spécialisé, la traumatologie arrive en tête avec un taux de 4.1% , suivie de l'ophtalmologie 2.4% , et en dernier la psychologie et l'ORL avec un taux de 1.8%.

Conclusion:

La violence faite aux femmes est un phénomène universel. Elle est classée un problème de santé publique par L'OMS. L'Algérie depuis de longues années a parcouru du chemin dans le processus de la lutte contre la violence faite aux femmes. Mais, ce phénomène demeure encore omniprésent et fréquent dans notre société.

Les mots clé : Violence physique , les Femmes , Médecine légale, Ouargla, ITT.

Abstract:

Introduction:

Violence against women is a global phenomenon that transcends geographical, cultural, social, economic, and ethnic boundaries. It is a genuine public health problem. Violence is defined by the World Health Organization (WHO) as "the intentional use of physical force or threats against oneself or another, against a group or community, that results in, or has a high likelihood of resulting in, injury, psychological harm, developmental problems, or death." This definition includes all types and forms of violence.

Materials and Methods:

This is a descriptive cross-sectional epidemiological study based on an assessment of the number of women who are victims of physical violence. The study was conducted at the Mohamed Boudiaf Ouargla Public Hospital, in the forensic medicine department, over a three-month period, from February 1, 2026, to April 30, 2026. The survey included all women who were victims of physical violence and who consulted the forensic medicine department at the Mohammed Boudiaf Hospital in Ouargla.

Results:

Our sample comprised 170 women. The vast majority of consultations (99%) were at the victims' request. Only 1% of examinations were requisitioned. The majority of consultations took place in the afternoon (61%). In contrast, morning consultations were conducted in the morning for 39% of the victims. Analysis of the time elapsed between the incident and the forensic medical examination reveals that the majority of victims sought medical attention promptly; 43.5% of examinations were conducted one day after the incident. A significant percentage, 42.2%, consulted after this period, more than two days after the incident. Consultations conducted two days after the incident represent the lowest proportion, at 15.3%. The average age of the study population was 34.4 years $\pm$ 5 years, with an age range of 19 to 67 years. This distribution reflects a relatively young population, while also including some older individuals. The most represented age group was between 30 and 40 years.

The sample studied consisted of 80 married women (47%) and 40 divorced women (23%), with 19% being single women. The majority are housewives (68%), followed by female employers (13.5%) and female students (11.8%). Most victims came from urban areas (82%), while 18% resided

in rural areas. The majority of respondents (21.2%) have no children. Women with one child represent 6.5%, those with two children 8.2%, three children 5.9%, four children 1.8%, five children 5.3%, six children 1.8%, and seven children 0.6%. The results show that the spouse is the primary perpetrator of violence, cited in 56.5% of cases. Family members are the second most common perpetrator, accounting for 21.2% of cases. Ex-spouses are the least frequently reported, representing 3.5% of cases. The home is by far the most frequent location for violence, accounting for 77% of cases. Public spaces are the second most common location, with 14.1%. Violence occurring in university residences represents 5.3% of cases. This result demonstrates that violence occurs predominantly in the home.

The diversity of forms of violence recorded is noteworthy, with a predominance of natural weapons, representing 62% of cases. These are followed by blunt weapons (27%), throwing against a hard surface (7%), bladed weapons (3%), and burning weapons (1%). The distribution shows a predominance of injuries to the limbs, affecting 45.3% of the total number of cases. Isolated head injuries are the second most common, at 30.6%. Furthermore, 5.3% of the subjects examined presented with neck injuries. Trunk injuries were the least frequent, at 3.5%. Among the observed injuries, independent contusions constituted the majority of cases, at an estimated 49.7%, followed by wounds at 29.1%. In 15.3% of cases, the injuries were not visible. Fractures and burns were the least frequent categories, at 4.7% and 1.2%, respectively. The vast majority of cases studied resulted in a short-term temporary incapacity for work (ITT) (less than ten (10) days), representing 66.5% of cases. Long-term ITTs (more than 15 days) remain very rare, affecting only 3.5% of cases. The vast majority of cases, 98%, received outpatient care or external examinations without requiring hospital admission. The very small minority in the sample, 2%, represents patients whose health status after the attack hospitalization was required. The vast majority of patients, at 89.4%, did not receive a referral to a specialist. Among the few patients who did receive a specialist referral, traumatology was the most frequent, at 4.1%, followed by ophthalmology at 2.4%, and then psychology and ENT at 1.8%.

Conclusion :

Violence against women is a universal phenomenon. It is classified as a public health problem by the WHO. Algeria has made significant progress in the fight against violence against women over the years. However, this phenomenon remains pervasive and frequent in our society.

Keywords: Physical violence, women, forensic medicine, Ouargla, ITT (period of total incapacity for work).

الملخص

المقدمة

يُعد العنف ضد المرأة ظاهرة عالمية تتجاوز الحدود الجغرافية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية والعرقية، كما يمثل مشكلة حقيقية تتعلق بالصحة العامة وتُعرّف منظمة الصحة العالمية العنف بأنه "الاستخدام المتعمد للقوة البدنية أو التهديد بها ضد الذات أو ضد شخص آخر، أو ضد مجموعة أو مجتمع، مما يؤدي أو من المرجح جداً أن يؤدي إلى إصابة أو ضرر نفسي أو مشاكل نمائية أو الوفاة". ويشمل هذا التعريف جميع أنواع وأشكال العنف

المواد والطرق

تُعد هذه الدراسة وبائية وصفية مقطعية تعتمد على تقييم أعداد النساء اللواتي تعرضن للعنف الجسدي. أُجريت الدراسة في مستشفى "محمد بوضياف" العام في ورقلة، وتحديدًا في قسم الطب الشرعي، وذلك على مدار ثلاثة أشهر، في الفترة الممتدة من 1 فبراير 2026 إلى 30 أبريل 2026. وشمل المسح جميع النساء اللواتي وقعن ضحايا للعنف الجسدي وراجعن قسم الطب الشرعي في المستشفى المذكور

النتائج

شملت العينة 170 امرأة. وقد تمت الغالبية العظمى من حالات المراجعة (99%) بناءً على طلب الضحايا أنفسهن، بينما لم تتجاوز نسبة الفحوصات التي تمت بناءً على طلب رسمي (إحالة) 1%. وجرى معظم المراجعات في الفترة المسائية (61%)، في حين تمت المراجعات الصباحية لـ 39% من الضحايا. وكشف تحليل الفترة الزمنية الفاصلة بين وقوع الحادثة وإجراء الفحص الطبي الشرعي أن غالبية الضحايا سعين للحصول على الرعاية الطبية بشكل فوري؛ إذ أُجريت 43.5% من الفحوصات بعد يوم واحد من الحادثة. وفي المقابل، راجعت نسبة كبيرة (42.2%) القسم بعد هذه الفترة، أي بعد مرور أكثر من يومين على الحادثة، بينما مثلت المراجعات التي تمت بعد يومين من الحادثة النسبة الأقل، بواقع 15.3%. وبلغ متوسط عمر المشاركات في الدراسة 34.4 سنة (± 5 سنوات)، وتراوحت الأعمار بين 19 و67 سنة؛ ويعكس هذا التوزيع فئة عمرية شابة نسبياً، مع وجود بعض الحالات لأفراد أكبر سناً، وكانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً هي تلك التي تتراوح بين 30 و40 عاماً

تألفت العينة المدروسة من 80 امرأة متزوجة (47%) و40 امرأة مطلقة (23%)، بينما بلغت نسبة النساء العازبات 19%. تُشكل ربات البيوت الغالبية العظمى (68%)، تليهن النساء العاملات لحسابهن الخاص (13.5%) وال طالبات (11.8%). وقد جاءت معظم الضحايا من المناطق الحضرية (82%)، بينما أقامت 18% منهن في المناطق الريفية. ولا يوجد أطفال لدى غالبية المشاركات (21.2%)، في حين بلغت نسبة النساء اللواتي لديهن طفل واحد 6.5%، وطفلان 8.2%، وثلاثة أطفال 5.9%، وأربعة أطفال 1.8%، وخمسة أطفال 5.3%، وستة أطفال 1.8%، وسبعة أطفال 0.6%. وتُظهر النتائج أن الزوج هو المرتكب الرئيسي للعنف، حيث ذُكر في 56.5% من الحالات، يليه أفراد الأسرة بنسبة 21.2%، بينما جاء الأزواج السابقون في المرتبة الأخيرة بنسبة 3.5% من الحالات. ويُعد المنزل المكان الأكثر شيوعاً لوقوع العنف بفارق كبير، إذ شهد 77% من الحالات، تليه الأماكن العامة بنسبة 14.1%، ثم السكن الجامعي بنسبة 5.3%. وتُثبت هذه النتيجة أن العنف يقع في الغالب داخل المنزل

وتجدر الإشارة إلى تنوع أشكال العنف المسجلة، حيث سادت حالات استخدام "الأسلحة الطبيعية" (أي أجزاء الجسم) بنسبة 62%، تليها الأسلحة غير الحادة (27%)، ثم الارتطام بأسطح صلبة (7%)، والأسلحة الحادة (3%)، وأخيراً وسائل الحرق (1%). كما يُظهر توزيع الإصابات شيوع إصابات الأطراف، التي شملت 45.3% من إجمالي الحالات، تليها إصابات الرأس المنفردة بنسبة 30.6%. وعلاوة على ذلك، عانت 5.3% من الحالات من إصابات في الرقبة، بينما كانت إصابات الجذع هي الأقل تكراراً بنسبة 3.5%. ومن حيث نوع الإصابات المرصودة، شكلت الكدمات المستقلة الغالبية العظمى بنسبة تقديرية بلغت 49.7%، تليها الجروح بنسبة 29.1%، في حين كانت الإصابات غير مرئية في 15.3% من الحالات. كانت الكسور والحروق أقل الفئات شيوعاً، بنسبة 4.7% و 1.2% على التوالي. وقد أدت الغالبية العظمى من الحالات المدروسة إلى عجز مؤقت قصير الأمد عن العمل (أقل من عشرة أيام)، حيث مثلت هذه الحالات 66.5% من الإجمالي. وفي المقابل، ظلت حالات العجز المؤقت طويل الأمد (أكثر من 15 يوماً) نادرة جداً، إذ اقتصر على 3.5% فقط من الحالات. وتلقت الغالبية العظمى من الحالات (98%) رعاية خارجية أو خضعت لفحوصات دون الحاجة إلى دخول المستشفى، بينما مثلت نسبة ضئيلة جداً من العينة (2%) المرضى الذين استدعت حالتهم الصحية دخول المستشفى عقب الاعتداء. ولم تتلقَ الغالبية العظمى من المرضى (89.4%) إحالة إلى طبيب مختص؛ أما بالنسبة للمرضى القلائل الذين حصلوا على إحالة، فقد كانت تخصصات جراحة الإصابات (الرضوح) هي الأكثر شيوعاً بنسبة 4.1%، تليها طب العيون بنسبة 2.4%، ثم علم النفس وطب الأنف والأذن والحنجرة بنسبة 1.8%.

الخلاصة

يُعد العنف ضد المرأة ظاهرة عالمية، وتصنفه منظمة الصحة العالمية باعتباره مشكلة صحية عامة. وقد أحرزت الجزائر تقدماً ملحوظاً في مكافحة العنف ضد المرأة على مر السنين؛ ومع ذلك، لا تزال هذه الظاهرة مستمرة

الكلمات المفتاحية : العنف الجسدي ، النساء ، الطب الشرعي ، ورقلة ،

Partie théorique

Introduction

I-INTRODUCTION :

La violence envers les femmes constitue un phénomène mondial qui dépasse les frontières géographiques, culturelles, sociales, économiques et ethniques. C'est un véritable problème de santé publique.

Le mot **violence** provient de mot latin *violentia* désignant l'abus de force, il s'agit de l'usage de la force pour contraindre ou nuire à autrui, il est défini selon Le Robert comme l'abus de la force ou l'usage de la force brutale pour soumettre, contraindre ou causer des dommages. Cela inclut les actes de brutalité, les sévices physiques ou moraux, ainsi que les comportements agressifs et impétueux. (dictionnaire Le Robert).

Selon Larousse la violence se définit comme le Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice

La violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». Cette définition inclut tous les types et toutes les formes de violence.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reprenant les termes adoptés par l'assemblée générale des nations unies de la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, donne la définition suivante pour ce type de violence : « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée »

Selon le précis en médecine légale, en pathologie : la blessure est une Trace Organique, Objective et Actuelle d'un Fait traumatique passé. Elles résultent de l'action plus ou moins violente d'un corps étranger sur l'organisme. Elles peuvent intéresser les téguments, les muqueuses, les os et les viscères. Les blessures peuvent être occasionnées par une tierce personne ou auto-infligées et peuvent être volontaires ou involontaires. (18)

Selon, M. DURIGON : « la marque dans les cellules, dans les tissus ou dans les organes, d'un fait traumatique qui a agressé l'individu. »

L. DEROBERT : « les blessures résultent de l'action plus ou moins violente de corps étrangers contre l'organisme. » (19)

" Une blessure ou une lésion peut être définie comme une atteinte à toute partie du corps résultant de l'application d'une force mécanique . Dans certains juridiction , il existe une diffinition légale de la blessure qui exige généralement une rupture de l'intégrité de la surface corporelle.Comme cela exclu évidemment les ecchymoses et les atteintes des organes profonds, cette définition est irréaliste d'un point de vue médicale.

Par ailleurs , il y a des système juridique , la gravité de la lésion à la vie de victime est l'élément essentiel à la classification des blessures . (20)

En Algérie, le législateur a franchi une étape décisive avec la promulgation de la **loi n°15-19**, modifiant et complétant le code pénal pour renforcer la protection des femmes contre toutes formes de violence. Malgré cet arsenal juridique et les efforts de sensibilisation, la violence physique demeure une réalité clinique quotidienne, souvent marquée par le sceau du tabou et de la sous-déclaration.

Le service de médecine légale occupe une position stratégique dans cette problématique. Il est le point de convergence entre le soin et la justice, là où la lésion corporelle devient une preuve juridique. À l'**EPH de Ouargla**, structure de référence pour une population vaste et diversifiée, le médecin légiste est fréquemment sollicité pour l'expertise de coups et blessures volontaires. Cependant, au-delà de la simple constatation des faits, il est impératif de comprendre la dynamique de ces violences : Qui sont ces victimes ? Quels sont les mécanismes lésionnels prédominants ? Et quels sont les facteurs qui influencent la gravité des actes commis

I. Intérêt de l'étude :

Cette étude sert à :

- Calculer le prévalence de violences physiqueq contre les femmes.
- Décrire les lésions constatées.
- Identifier les agents vulnérants .
- Améliorer le repérage et la prise en charge clinique.
- Fournir des données pour les politiques de protection locales à Ouargla.

1.Objectifs :

- **Principales :**

- Décrire l'aspect épidémiologique et médico-légal des femmes victimes de violences physiques ayant consulté le service de médecine légale à l'EPH d'Ouargla .

- **Secondaires :**

- Analyser les facteurs de risque sociodémographiques associés à la récurrence des violences .
- Proposer des recommandations pour optimiser le circuit de prise en charge au sein de l'EPH.

II. Epidémiologie :

II-1. Données mondiales :

Selon l'OMS, 35 % des femmes dans le monde, soit près d'une femme sur trois ont subi soit des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leurs vie .

Bien qu'il existe de nombreuses autres formes de violence auxquelles les femmes peuvent être exposées, cela représente déjà une grande proportion des femmes dans le monde ; la plupart de ces violences sont commises par leur partenaire intime.

À l'échelle mondiale, près d'un tiers (30 %) de toutes les femmes ayant eu une relation ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime.

A l'échelle mondiale, jusqu'à 38 % de tous les meurtres des femmes sont le fait de leurs partenaires intimes .(7).

L'OMS a publiée une étude internationale sur les violences faites aux femmes en 2005, a tenté de mesurer l'incidence des violence envers les femmes dans 10 différentes pays .(8).

De forts écarts de prévalence ont été constatés selon les pays , ayant par la suite motivé l'OMS de rechercher les facteurs de risque de ces violences :

Les zones les plus touchées sont les suivantes :

Asie :

-Bangladesh : Ville (Dhaka) : 40% ,Zone rurale (Matlab) : 42 %

-Thaïlande : Ville (Bangkok) : 23% ,Zone rurale (Province de Kanchanaburi) : 41 %

Afrique :

-Éthiopie (Province de Butajira) :49 %

-République-Unie de Tanzanie: Ville (Dar Essalam) : 33 % , Zone rurale (Province de Mbeya) : 47 %

-Namibie : 31 %

Amérique Latine et Caraïbes :

-Pérou : Ville (Lima) : 35% ,Zone rurale (Province de Cusco) : 61 %

-Brésil : Ville (São Paulo) : 27 % , Zone rurale (Pernambouc) : 34 %

Océan Pacifique

-Samoa : 41%

Le taux le plus faibles de l'analyse était marquée aux :

-Japon (Ville de Yokohama) :13 %

-Europe (Balkans)Serbie-et-Monténégro (Ville de Belgrade) :23%

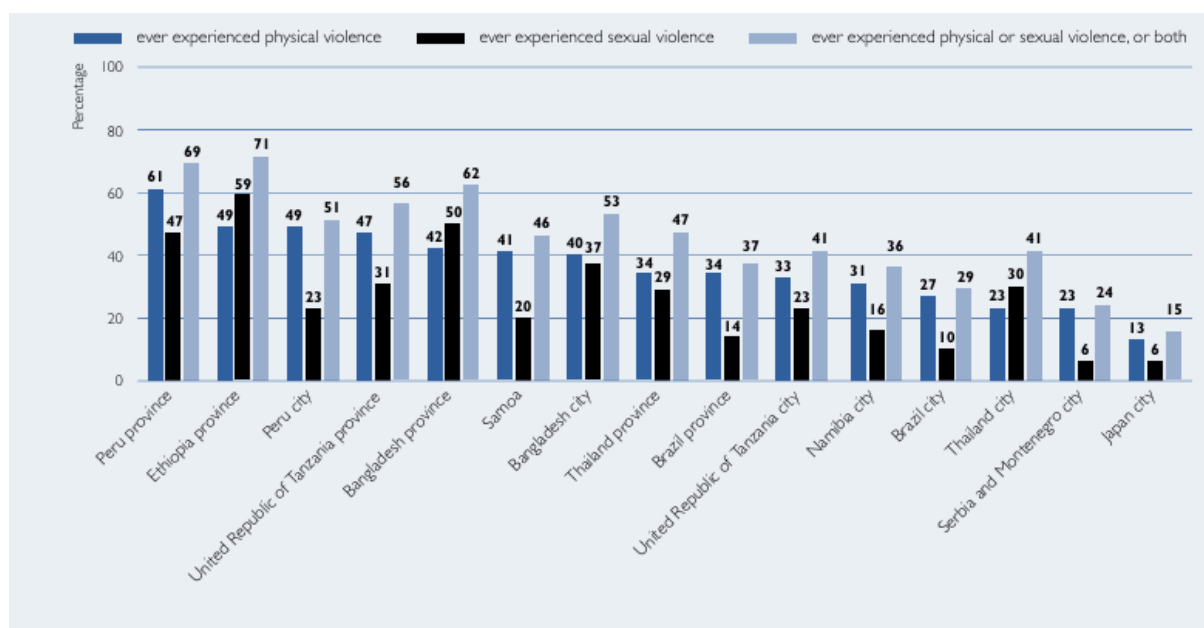


Figure 1:Who study on health women and domestic violence,2005.

-L'Enquête sur la Prévalence des Violences à l'Egard des Femmes (ENPVEF), réalisée en 2009 pour la première fois au Maroc par le HCP, tente de répondre à plusieurs questions, notamment celle sur la prévalence du phénomène de la violence envers les femmes au Maroc, a estimé le nombre de femmes violentées à près de 6 millions. Ainsi, cette enquête a révélé une prévalence de 35,3% des femmes (soit 3,4 millions) qui ont subi un acte de violence physique depuis l'âge de 18 ans.(9)

-**En Algérie** : ce phénomène prend de l'ampleur d'année en année, cette augmentation est une évidence d'après les données disponibles concernant les violences physiques .

À l'occasion de la Journée mondiale de Lutte contre les violences faites aux femmes, qui coïncide avec le 25 novembre de chaque année, l'Observatoire algérien de la femme a recensé quelque 100 000 cas de violence depuis le début de l'année 2014. Selon les statistiques fournies par le Réseau Wassila, seuls 10% des femmes portent plainte pour violences conjugales ou autres à l'échelle nationale.

Pour l'année 2015, le bilan statistique de la Direction générale de la Sûreté nationale fait ressortir les faits suivants: À travers le territoire national, 9 663 femmes ont été victimes de toutes formes de violences. La violence physique se situe en première position avec près de 72% des cas, suivis des

mauvais traitements (24%), les violences sexuelles avec 282 cas (dont 10 cas d'inceste et 119 cas d'harcèlement sexuel), les homicides (34 cas), et enfin les coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort avec 04 cas. (10)

Une étude a été faite au premier trimestre de 2018 au CHU Annaba montre que 1 femme sur 9 parmi 200 femmes consultants été victimes d'une violence conjugale(11).

Un autre étude faite à Laghouat entre 2021 et 2022 montre que parmi un effectif de 341 femmes victimes de violence physique, la majorité étaient victimes de leurs partenaires intimes avec un pourcentage de 89.2%.(12).

Ces différences dans l'occurrence de la violence pourraient venir des caractéristiques sociales, démographiques et culturelles de chaque groupe étudié. De plus, différentes cultures ont des regards différents sur la violence en général et sur la nature de la violence*interactions mari-femme en particulier*.

Dans certaines communautés, ce qui est vu comme de la violence dans une culture peut être vu comme normal dans une autre. Par conséquent, chaque communauté a son propre avis sur le problème, ce qui pourrait aussi être dû à la diversité des méthodes de recherche utilisées.

III. Circonstance et modalité de violence physique :

III-1. Mécanisme de violence :

Dans son livre phare de 1979, **The Battered Woman**, la psychologue Lenore E. Walker a élaboré une théorie sur le mécanisme de la violence domestique via un concept clé : le cycle de la violence. Ce mécanisme illustre pourquoi la violence n'est pas stable, mais progresse de façon circulaire, engendrant un phénomène de domination dont il est extrêmement ardu de s'échapper.(13).

Les 3 phases du cycle se décomposent en trois étapes distinctes qui s'auto-alimentent :

1.La phase de tension (*Tension Building*) :

C'est une période de durée variable où le temps devient lourd. Dans cette phase l'agresseur est irritable, critique, utilise des insultes légères ou des silences hostiles. La victime tente de calmer la situation, de "marcher sur des œufs" pour éviter l'explosion. Elle a le sentiment d'être responsable du maintien de la paix.

2.L'incident aigu de violence (*Acute Battering Incident*) :

La tension accumulée finit par éclater. C'est la phase la plus brève mais la plus destructrice. L'agresseur libère sa colère par une agression physique, verbale ou sexuelle brutale. Il perd le contrôle. la victime est en état de choc, de peur ou de déni. Elle cherche avant tout à survivre et à protéger ses enfants si elle en a.

3.La phase de lune de miel ou de réconciliation (*Honeymoon Phase*) :

C'est l'étape la plus complexe, car elle agit comme un renforcement positif qui maintient la victime dans la relation. L'agresseur exprime des remords, demande pardon, promet de changer et redevient

l'homme charmant du début. Il peut offrir des cadeaux ou pleurer. la victime voit à nouveau l'homme qu'elle aime. Elle veut croire à ses promesses. L'espoir renaît, ce qui renforce le lien traumatique.

-En plus de ce cycle, Lenore Walker présente le concept d'impuissance acquise (Learned Helplessness). À force d'endurer ces cycles inattendus où aucune de ses réactions (qu'elle soit bienveillante ou indignée) ne peut mettre un terme durable à la violence, la femme en vient à apprendre conscience qu'elle n'a aucune maîtrise sur son milieu. Elle perd sa faculté d'agir et ne percevait plus d'issue, ce qui explique psychologiquement pourquoi de nombreuses femmes restent ou reviennent vers leur agresseur.



Figure 2: cycle de violence selon Walker.

III-2.Modalités des agressions :

III-2-1:Violence conjugale :

Il s'agit d'un phénomène de société qui peut toucher toutes les femmes mariées ou non, de tous les milieux sociaux, urbains, ruraux, majeurs ou mineurs mais également les femmes séparées, divorcées.

Les violences sont commises par le conjoint, le fiancé, le petit-ami ou les ex. Les violences conjugales regroupent tous types de violences : verbales, psychologiques, physiques, économiques, sexuelles jusqu'au féminicide.

Pour la première fois, depuis 2016, la loi incrimine clairement les violences conjugales (physique, psychologique et économique commises par le conjoint ou l'ex conjoint. Il est à rappeler que jusqu'en 2005 le Code de la famille stipulait que « la femme avait un devoir d'obéissance envers son conjoint ».

Il était donc très important que la loi stipule clairement que le conjoint n'a pas tous les droits sur sa conjointe dans le cadre du mariage et que les violences contre la conjointe ne sont pas de l'ordre du privé.

Évidemment, une loi ne règle pas le problème des violences à l'encontre des femmes, d'autant plus que cette dernière est loin d'être satisfaisante mais ce cadre juridique permet du moins de poser des limites à la toute puissance des hommes, des conjoints dans notre société.(14)

*Code pénal Art. 266 bis — Quiconque volontairement, cause des blessures ou porte des coups à son conjoint est puni ainsi qu'il suit :

1. d'un emprisonnement d'une année (1) à trois (3) ans, si les blessures et les coups n'ont occasionné aucune maladie ou incapacité totale de travail à son conjoint de plus de quinze (15) jours.
2. D'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans s'il y a eu incapacité totale de travail de plus de quinze (15) jours.
3. De la réclusion à temps de dix (10) à vingt (20) ans, si les blessures et les coups ont été suivis de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autre infirmités permanentes.
4. De la réclusion à perpétuité, si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont occasionnée. L'infraction est établie, que l'auteur réside ou pas dans le même domicile que la victime. L'infraction est établie si les violences sont commises par l'ex- conjoint et qu'il s'avère qu'elles sont en rapport avec la précédente relation de mariage. L'auteur ne peut bénéficier des circonstances atténuantes si la victime est enceinte ou handicapée ou si l'infraction a été commise en présence des enfants mineurs ou sous la menace d'une arme. . Dans les cas prévus aux (1) et (2), susvisés, le pardon de la victime met fin aux poursuites pénales (...)*.

III-2-2 : Violence intra familiale :

Ce terme est plus large. Il inclut les abus perpétrés par d'autres membres de l'unité familiale (frères, sœurs, oncles, cousins ou même la belle-famille). Dans de nombreuses cultures, la violence exercée par la belle-famille envers la femme est une composante majeure de la violence intra familiale.

la violence intrafamiliale ne se limite pas aux coups. Elle est définie comme un schéma de comportement visant à instaurer un climat de peur et de contrôle , elle peut se révéler par :

Violence physique : bousculades, coups, séquestration.

Violence psychologique et émotionnelle : humiliations, insultes, menaces, dénigrement constant et isolement social (empêcher la femme de voir sa famille ou ses amis).

Violence sexuelle : rapports sexuels forcés ou coercition sexuelle au sein du couple.

Violence économique : contrôle total des revenus de la femme, interdiction de travailler ou privation de ressources pour les besoins de base.

La dynamique de pouvoir et de contrôle est un point central de cette catégorie est le concept de "Coercive Control" (Contrôle coercitif). Contrairement à une dispute isolée, la violence intrafamiliale se caractérise par une asymétrie de pouvoir où l'agresseur utilise une combinaison de tactiques pour dominer la vie quotidienne de la femme, limitant son autonomie et sa liberté de mouvement.

la violence intrafamiliale chez les femmes adultes ne commence pas toujours à l'âge adulte. Il existe souvent un lien entre les violences subies pendant l'enfance(témoin de violence conjugale entre les parents ou victime directe) et la probabilité de se retrouver dans une situation de violence à l'âge adulte. La violence intrafamiliale peut également se transformer en maltraitance des personnes âgées

à mesure que la femme vieillit, si le partenaire continue ses abus ou si les enfants deviennent les agresseurs.

Les barrières à l'aide de cette catégorie inclut également les obstacles spécifiques que rencontrent les femmes :

La dépendance : Qu'elle soit affective, financière ou liée aux enfants.

La stigmatisation sociale : La pression familiale pour "maintenir le foyer uni".

L'accès aux services : les services de protection sont souvent conçus pour la violence conjugale stricte et peuvent négliger les femmes victimes de violences de la part d'autres membres de la famille (comme les frères ou fils adultes).(15)

III-2-3:Violence dans la voie publique :

Ces violences, qu'elles aient lieu dans la rue, les transports collectifs, un centre commercial ou autre, se caractérisent par l'absence de lien particulier entre la victime et l'agresseur. Elles peuvent être verbales (injures, menaces), physiques et sexuelles (exhibition, harcèlement sexiste et sexuel, agressions sexuelles dont attouchements, exhibitions et frottements non consenti, viols). Le terme de harcèlement sexiste et sexuel recouvre un ensemble de comportements variés que les femmes subissent de manière récurrente : sifflements, commentaires sur le physique ou la tenue vestimentaire, remarques ou avances à caractère sexuel, gestes obscènes, etc. Le caractère unilatéral et imposé de ces agissements les distingue des situations de séduction. Les différentes formes de harcèlement et de violences subis par les femmes dans l'espace public reposent sur des préjugés sexistes, parmi lesquels la supposée disponibilité sexuelle des femmes dans ces espaces. Des faits qui apparaissent comme « anodins » peuvent être les prémisses d'agressions plus graves et participent à instaurer un climat d'insécurité. Ce continuum de violences influe sur la pratique et la perception que les femmes ont de l'espace public et les conduit à mettre en place des stratégies de contournement. Ces violences sont donc de fait une entrave à l'égal accès des femmes et des hommes à l'espace public.(16)

III-3.Les facteurs de risque :

D'après le rapport de l'OMS (étude multi-pays), la violence n'est pas le résultat d'une seule étiologie, mais d'une interaction complexe de facteurs. Le modèle écologique est utilisé pour expliquer ces risques à différents niveaux : (17)

III-3-1 :Facteurs individuels :

-Exposition à la violence durant l'enfance :L'un des facteurs les plus puissants. Les hommes ayant vu leur mère se faire battre sont beaucoup plus susceptibles d'être violents avec leur partenaire, et les femmes sont plus susceptibles d'être victime de la violence.

-Consommation d'alcool : L'abus d'alcool est un déclencheur fréquent d'épisodes de violence dans presque tous les pays étudiés.

-Acceptation de la violence : Le fait de croire qu'un mari a le droit de frapper sa femme dans certaines circonstances (infidélité, désobéissance).

III-3-2 : Facteurs liés au couple

- Disparités d'autorité : Un déséquilibre de pouvoir où l'homme contrôle totalement les décisions et les finances du foyer.
- Conflits fréquents : Les tensions répétées au sein du couple augmentent la probabilité de passage à l'acte physique.
- Partenaires multiples : Le rapport note que les hommes ayant plusieurs partenaires sexuelles sont statistiquement plus susceptibles d'être violents envers leur partenaire principale.

III-3-3 : les facteurs communautaires et socio-économique :

- La pauvreté : Bien que la violence existe dans toutes les classes sociales, le stress lié au chômage et à la précarité économique exacerbe les risques.
- Isolement social des femmes : Le manque de soutien de la famille ou des voisins rend les femmes plus vulnérables et limite leurs options de fuite.
- Faiblesse des sanctions sociales : Lorsque la communauté considère la violence domestique comme une "affaire privée", le partenaire violent se sent impuni.

III-3-4 : Facteurs sociétaux (Normes culturelles) :

- Inégalité des sexes : Les sociétés où les femmes ont un statut inférieur, moins d'accès à l'éducation et à la propriété foncière affichent des taux de violence plus élevés.
- Concepts de masculinité : Les normes culturelles liant la virilité à la domination, au contrôle et à l'agressivité.
- Acceptabilité sociale : une majorité de femmes elles-mêmes pensaient que la violence était justifiée dans certains cas, illustrant l'ancrage profond de ces normes.

IV. Mécanismes lésionnels (Agent vulnérant) :

Le mécanisme lésionnels regroupent l'ensemble des phénomènes physiques et biologiques au niveau des tissus qui subissent une attaque par une force extérieure. Les blessures peuvent être le résultat d'attaques par différents agents :

- ✓ Les instruments contondants.
- ✓ Les instruments tranchants.
- ✓ Les instruments piquants
- ✓ Les instruments piquants et tranchants .

✓ Les sources de chaleur physiques et chimiques (21)

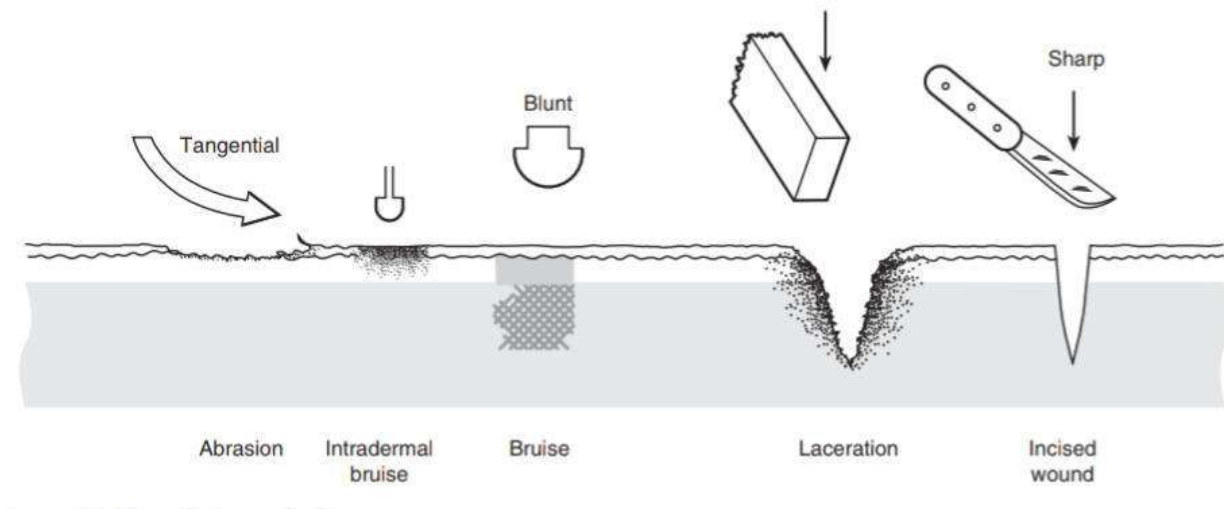


Figure 3: Types des blessures sur la peau.

1. Les instruments contondants :

Objet caractérisé par son aspect compact et dur, à bords mous, agissant par sa masse et sa vitesse. On peut distinguer : Arme naturelle (différentes parties du corps humain). Instruments improvisés (: pierre, marteau, bâton...) Armes préparées : canne plombée, matraque, fléau japonais...

L'aspect lésionnel varie selon la violence et la force d'application sur le corps : ecchymose, hématome, plaies contuses, fractures fermée ou ouverte. (22)(19)



Figure 4: Les instruments contondantes.

2. Les instruments tranchants:

Une pression a été exercée sur le tissu par l'objet qui dépasse la résistance

tissulaire forment une section nette sans écrasement, Caractérisés par leur action coupante (lame de rasoir, scalpel, morceau de verre...)

Aspect lésionnel : Plaie simple, rectiligne, peu profonde (plus longue que profonde), à bords nets et réguliers. Elle se termine en général par une érosion superficielle (queue de rat). (22)(23)



Figure 5: Les armes tranchantes.

3. Les instruments piquants:

Ce sont des instruments caractérisés par leur extrémité pointue et un mouvement de percussion punctiforme, La blessure prend généralement la forme d'une fente et non pas celle d'un orifice arrondi. Ils provoquent des plaies minimes, parfois même invisibles, se prolongent par un long trajet. (22)(21)

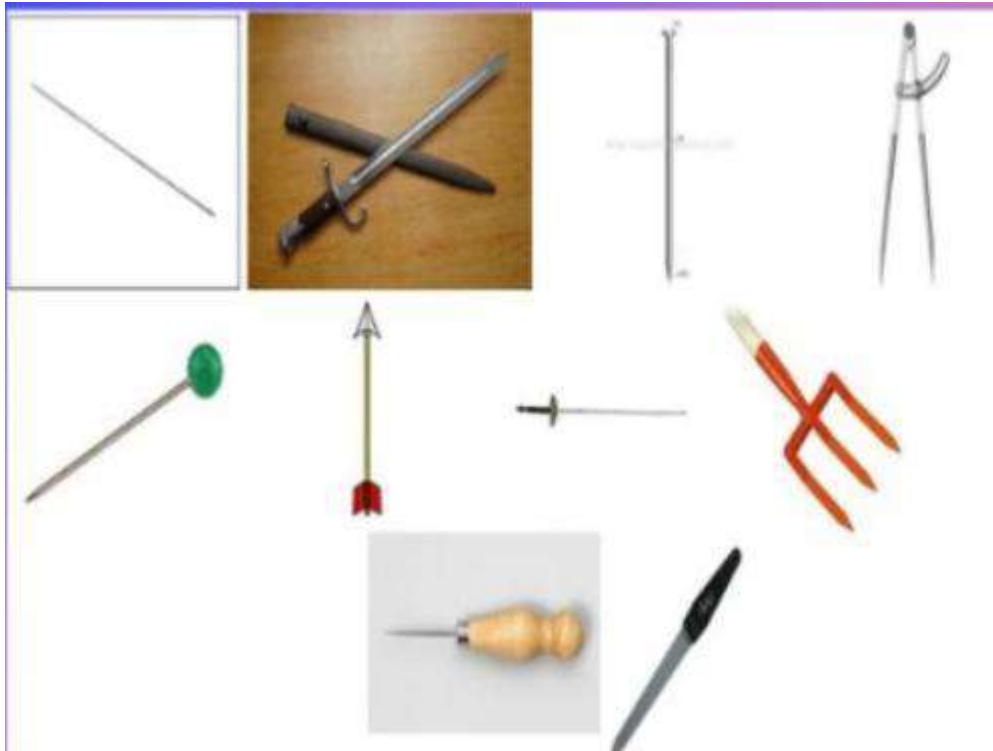


Figure 6: Les instruments piquants.

4. Les instruments tranchants et piquants:

Ce sont des instruments tranchants et piquants, c'est-à-dire une lame tranchante se termine avec un pointe piquante (couteaux, poignards...)

Aspect lésionnel : plaie plus profonde que large, à bords réguliers et nets. Peut réaliser une forme en « boutonnière » :

deux extrémités effilées : double tranchant

une extrémité arrondie (talon de l'arme non coupant) et l'autre effilée avec érosion linéaire (queue-de-rat) (23)(20)

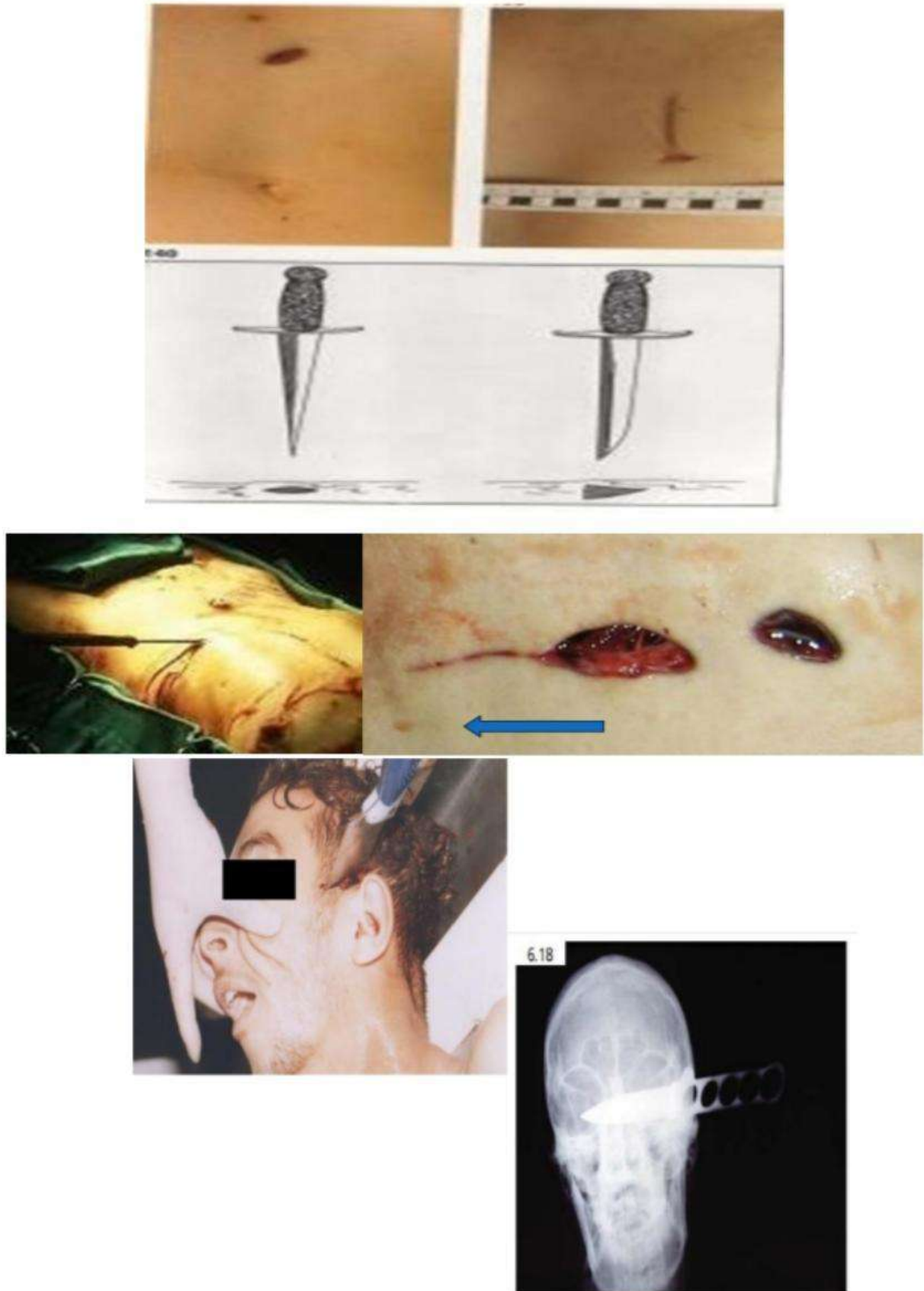


Figure 7: Aspect clinique d'une lésion par un instrument piquant et tranchant.

5. Les sources de chaleur physiques et chimiques:

Brûlures thermiques : La chaleur (par rayonnement ou par contact) . Le froid gelures.)

Brûlures chimiques : Acide (HCl, acide sulfurique...) . Base (chaux vive, soude, potasse, ammoniac...)

Brûlures électriques : échauffement par effet joule.

Brûlures par rayonnement : curithérapie, industrie atomique (22)

- Contusion
- Plaie
- Fracture
- Brûlure

V-1.Contusion :

Ce sont des lésions traumatiques les plus fréquentes et qui sont le résultat d'une blessure par arme contondante sur le corps, c'est un traumatisme fermé ni effraction ni destruction tégumentaire .

Macroscopiquement: est une lésion causée par rupture vasculaire et constituant une zone hémorragique variable en profondeur, classée selon l'importance et la profondeur de la suffusion hémorragique.(20)(22)

V-1-1 .Contusion du 1^{er} degré : Ecchymoses

C'est une infiltration sanguine des tissus (peau, muqueuse,séreuse,osseuse).

L'extravasation est secondaire à une rupture traumatique des capillaires mais peut être spontanée . L'infiltration est faite de sang coagulé , c'est une lésion vitale.

Leur importance et étendue dépend de la violence du traumatisme, la richesse vasculaire et la laxité de la région. Elles peuvent se situer à distance du traumatisme

Elles peuvent être superficielles (cutanées, muqueuses) ou profondes (séreuses, os), et leur évolution suit une chronologie fixe permettant la datation de la violence:

- 1^{er} – 2^e jour : Rouge vif ou Noirâtre
- 3^e - 4^e jours : Violacée ou Bleuâtre
- 5^e – 7^e jours : Verdâtre
- 10^e – 15^e jours : brunâtre et Jaunâtre

- 17 à 25 jours : Disparation de la périphérie au centre.



Figure 8: aspect des ecchymoses selon leurs age.

a- DU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE :

- Les Ecchymoses se présentent comme des taches d'un rouge livide au départ, plus au moins importantes en étendue comme en profondeur, constituées par du sang extravasé et coagulé qui infiltre les tissus et y adhère ; elles ne s'effacent pas à la pression.
- Elles se retrouvent à tous les niveaux, dans toutes les régions (dans les tissus celluloux sous cutané, sous la peau, sous les muqueuses, sous le cuir chevelu, sous les séreuses, dans les os même).
- Leur étendue dépend de la violence du traumatisme, de la vascularisation de la région, de la laxité du tissu, du plan sous jacent (dur ou mou).

b- DU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE :

- Une Ecchymose correspond à la rupture de petits vaisseaux jusqu'à une profondeur et une étendue variable avec la violence et la surface de l'agent traumatisant.
- Le sang épanché puis coagulé se dégrade in-vivo, selon un processus régulier :
 - Vers le 2ème jour les G.R se gonflent et se décolorent.
 - Vers le 3ème jour apparaissent des cellules phagocytaires qui englobent une partie des G.R et G.B.
 - Vers le 5ème ou 6ème jour, H.b disparaît, se transformant en un pigment dont la dégradation se fera pour son propre compte.

(donnant les aspects colorés successifs déjà cités).

- Vers le 10ème jour on ne retrouve plus les G.R.
- Vers le 23ème jour les amas pigmentaires se désagrègent en fines granulations.
- Vers le 2ème mois, on retrouve ces pigments cristallisés dans le réticulum conjonctif ; jamais en intra cellulaire.

c- DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE :

- les Ecchymoses Spontanées au cours : asphyxies, infections, affections hépatiques-rénales et sanguines, affections carencielles, affections neurologiques, de traitements et de simulations).
- Les Ecchymoses Traumatiques : ecchymoses dites de forme.

En conclusion : l'Ecchymose est une lésion vitale, vue qu'il n'y a pas formation d'Ecchymoses après la mort car le sang ne coagule plus.

L'intérêt médico-légal : On doit rechercher et décrire les lésions on précise (le siège, la taille, le couleur, nature , forme et circonstances) ;

1. Lésion vitale par définition.
 2. Datation de la violence (par leur teinte).
 3. Déterminer l'objet vulnérant (par leur forme).
 4. Déterminer la cause et les circonstances de la violence (selon leurs siège, forme)
 5. Discuter l'origine ante ou post mortem de la violence en éliminant les diagnostics différentiels.
- (18)(21)(22)



Figure 9: Ecchymose prenant l'aspect de l'agent vulnérant.

V-1-2 .Contusion du 2^{er} degré *Hématome* :

Collection de sang dans un cavité néoformé (épanchement de sang assez abondant pour dilacérer et écartes les tissus). D'un degré plus important que les ecchymoses (violence plus importante) .

L'évolution des hématomes se fait soit vers la régression par résorption soit vers l'enkystement et la calcification. Le mécanisme de production est le même que celui des ecchymoses mais relève d'une intensité supérieure ou d'une répétition de la violence. (21)



Figure 10: Aspect d'un hématome orbitaire.

V-1-3. Contusion du 3^{er} et 4^{er} degré *ÉCRASEMENT ET BROIEMENT* :

L'écrasement et le broiement des tissus sans effraction des téguments entraînent un syndrome local et général d'autant plus grave que la compression est longue.

L'écrasement survient dans les cas suivants:

- Rescapés dégagés après un bombardement ou une catastrophe naturelle.
- Sujets piétinés lors des paniques en foule.
- Sujets pris sous le véhicule après un accident de la circulation.
- Sujets portant un garrot pendant une durée prolongée.

Le broiement résulte de:

- les précipitations.
- le blast injury = l'effet blast = l'effet de souffle.

L'effet blast a été décrit la première fois en 1768, il désigne l'ensemble des troubles créés par les explosions dans les mines. (18)

L'effet blast peut être transmis par: L'air, l'eau ou les solides. Cet effet se produit dans: Les mines, lors de l'explosion des bombes nucléaires et surtout thermonucléaire, en milieu professionnel et dans les navires.

L'évolution se fait vers un tableau d'IRA par libération de la myoglobine entraînant une néphrite soit régressive soit d'évolution mortelle.

Cette entité s'observe généralement dans des circonstances accidentelles (AC, catastrophes naturelles), c'est le crush syndrome. (20)



Figure 11: aspect d'écrasement et de broiement.

V-2. Les abrasions :

Excoriations, érosions, éraflures, dermabrasions, égratignures, écorchures sont des synonymes employés pour les désigner. C'est la lésion la plus minime et superficielle, correspond à une atteinte ou une perte de substance de l'épiderme.(22)

Elle cicatrise rapidement chez le vivant et se parchemine chez le cadavre. D'une grande valeur médico-légale, leur aspect et leur siège peut évoquer l'agent vulnérant et les circonstances de la violence. Sur le cadavre, le derme ainsi dénudé se dessèche, brunit : « c'est la plaque parcheminée ». Leur forme, leur répartition et leur direction renseignent souvent sur leur mode de production. Leur siège peut être d'un grand intérêt en Expertise :

- Au cou → Strangulation.
- Au pourtour de la bouche et du nez → Suffocation.
- A l'anus → Attentat Pédérastique.
- Au visage ou aux mains → lutte.
- Aux cuisses → Agression Sexuelle. (23)



Figure 12: aspect des abrasions.

V-3. Les plaies :

Solution de continuité des téguments, avec ou sans participation des tissus sous-jacents. Elles sont dues à plusieurs agents vulnérants déterminant leurs particularités.

Le médecin doit préciser leurs natures, sièges, formes, dimensions, sens, nombres, profondeurs, et lésions associées.

On distingue:

La plaie simple et La plaie contuse

V-3.1. Les plaies simples :

Solution de continuité des téguments avec des bords nets, réguliers, sans destruction ou perte de substance.

Elles sont secondaires à l'action d'un objet tranchant, et leur aspect macroscopique vise à faire la corrélation avec l'instrument en cause mais aussi déterminer leur origine ante mortem (infiltration



sanguine des berges, la coagulation et la rétraction. (21)

V-3.2. Les plaies contuses :

Associe les caractères d'une plaie et d'une contusion, la forme est irrégulière, les bords déchiquetés, parfois anfractueuse, perte de substance, ecchymose périphérique, abrasions et infiltration hémorragique.

Elles sont dues à des instruments contondants, tranchants et contondants et par arme à feu. (18)(22)

Figure 13: Aspect des plaies.



Figure 14: Aspect d'une plaie contuse.

V-4. Fractures :

Solutions de continuité osseuse, simples ou complexes, dues généralement à une action contondante. Elles sont dues à une action directe (choc, coup) ou indirecte (torsion, compression) .

On distingue plusieurs variétés : Fissures, fractures simples , complexes, transversales, verticales ou spiroïdal, fracas osseux, embarrures, pertes de substances et amputations . L'intérêt réside dans leur diagnostic, description, rechercher leur cause et circonstances, expliquer le mécanisme de production. Même si le diagnostic repose sur la clinique, la preuve médico-légale irréfutable est constituée par la radiologie. (19)(21)

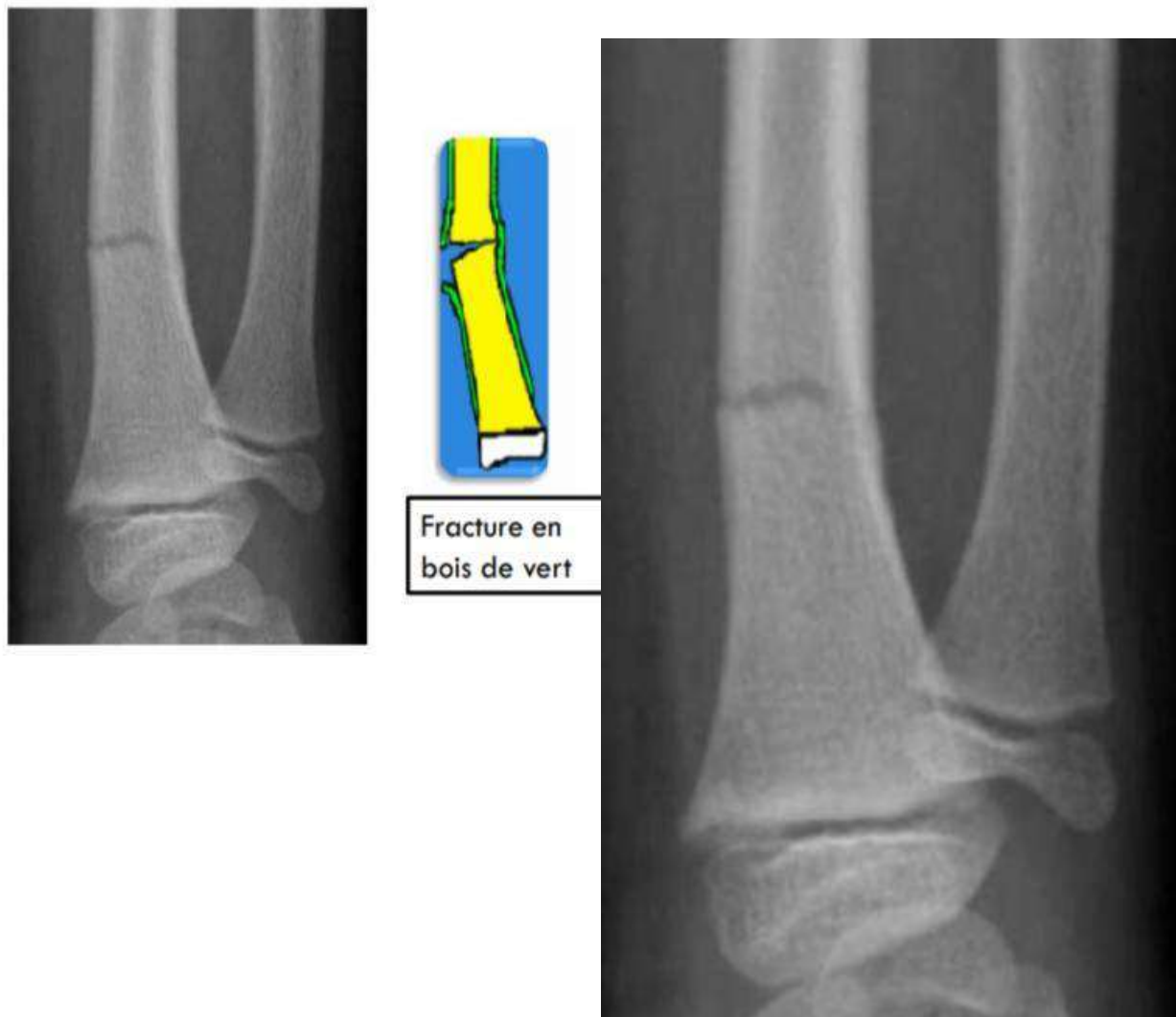


Figure 15: Des fractures diaphysaires.

V-5.Les brûlures :

Les brûlures sont secondaires à l'action de la chaleur, flammes, rayonnements, caustiques et du courant électrique. Elles peuvent être accidentelles, criminelles ou suicidaires. Leur gravité dépend de leur classification du 1^{er} degré au 4^{ème} degré selon la profondeur, et par rapport à la surface totale corporelle atteinte.

Les problèmes médico-légaux posés sont en premier lieu l'identification, les crimes camouflés, cause de la mort, origine ante ou post mortem des lésions ainsi que l'évaluation des séquelles chez le vivant. (20)



Figure 16: Aspect des brûlures.

VI : Diagnostique médico-légal des victimes de violences physiques :

A : Chez la femme vivante :

La prise en charge initial repose sur le médecin qui occupe un rôle pivot dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat. Il a aussi un rôle de conseil et d'orientation ultérieure des victimes.

Ce sont les médecins de premier recours : les généralistes, les urgentistes, les gynécologues-obstétriciens et encore les spécialistes du travail qui sont idéalement placés pour identifier ces violences envers les femmes, leurs missions consiste a :

A.1 : Accueil de victime :

Le praticien de santé doit offrir au victime un climat de confiance absolue, exempt de tout jugement.

Face à une personne traumatisée, en colère souvent en état complexe et à une confusion de sentiments (peur, honte, culpabilité), la posture du praticien est déterminante. Pour restaurer ce sentiment de sécurité et faciliter le parcours de soin, la prise en charge doit être urgente , réduisant l'attente au strict minimum.

Le professionnel de santé qui accueille la victime devra :

- Se présenter et exprimer une attitude empathique envers la victime ;
- Rassurer la survivante en lui expliquant qu'elle a le contrôle du processus et des composantes de l'examen médical ;
- Expliquer ce qui va se passer pour chaque étape de l'examen médical, son importance, ce qu'il va apporter comme informations et en quoi cela va influencer la suite de la prise en charge ;
- Rassurer la victime en lui expliquant que les résultats de l'examen médical sont soumis au secret professionnel et à la confidentialité à moins qu'elle ne décide elle-même de porter plainte et donc d'y avoir recours ;
- S'assurer qu'une personne bien formée dans le soutien psychosocial ou un prestataire de service de même sexe accompagne la victime durant l'examen ;
- Demander si elle veut poser des questions ;
- Demander si elle veut qu'une personne en particulier soit présente durant l'examen comme soutien.

Le praticien doit ensuite obtenir le consentement de la femme à l'examen :

- Passer en revue le formulaire du consentement avec la femme victime de violence ;
- S'assurer qu'elle en comprend bien toutes les rubriques, et qu'elle en apprécie la portée et les conséquences ;
- Lui expliquer qu'elle peut refuser n'importe quel aspect de l'examen si elle ne veut pas s'y soumettre ;
- Une fois que vous êtes sûr/e qu'elle a tout et bien compris, lui demander de signer. Si elle ne sait pas écrire, elle peut apposer l'empreinte de son pouce avec la signature d'un témoin.

A.2 : Interrogatoire :

L'interrogatoire d'une victime de violence physique est une étape cruciale de l'examen médico-légal. Il doit être conduit avec empathie, neutralité et rigueur méthodologique pour documenter les faits tout en respectant l'état psychologique de la personne.

Cette entretien doit se dérouler seul à seul avec la victime , hors présence de la police ou de l'accompagnant, sauf si la victime le demande expressément et que cela ne nuit pas à la sincérité .le praticien doit adopter une attitude non jugeant et sécurisante.

L'anamnèse vise à:

- Recueillir des commémoratifs de victime : Nom, prénom, âge,l'état matrimoniale, profession, nombre des enfants .
- Cadre juridique : Réquisition des autorités ou consultation spontanée.
- Date, heure et lieu précis de l'agression.
- Mécanisme des coups :

Nature de l'agent vulnérant (mains nues, objet contondant, arme blanche, arme à feu, brûlures).

Nombre de coups et zones d'impact initiales.

Existence d'une chute, d'une perte de connaissance initiale ou d'une phase de strangulation.

-Contexte : Relation avec l'agresseur (conjoint, inconnu, milieu professionnel) , nombre des agresseurs et des antécédents de violences.

-Rechercher les douleurs et troubles ressentis depuis l'agression pour évaluer la gravité des faits :

Douleurs localisées : Préciser le siège et l'intensité.

Signes neurologiques : Céphalées, vertiges, troubles de la vision ou de l'audition (acouphènes après une gifle).

Signes psychologiques immédiats : État de choc, prostration, anxiété majeure, troubles du sommeil.

-Antécédents médico-chirurgicaux , gynécologique et obstétricaux : Il est essentiel de noter l'état antérieur pour ne pas attribuer à l'agression des lésions anciennes : Pathologies chroniques (ex: troubles de la coagulation). Handicaps préexistants. Traitements en cours.(24)

A.3 :Examen physique :

L'examen doit se dérouler dans le calme et avec le temps nécessaire. Le médecin doit mettre la victime en confiance et lui expliquer le déroulement de l'examen tout en restant attentif à son état psychologique. La présence rassurante d'une infirmière est une aide précieuse pour la victime lors de l'examen.

Cette examen doit être complet, appareil par appareil pour la documentation ultérieure des lésions :

-Examen cutané qui sert à décrire les lésions de manière objective :

Localisation des lésions par des repères anatomiques précis.

Nature des lésions :

Ecchymoses : la couleur indique l'âge de la lésion et la forme (ex: traces de doigts, forme d'un objet) oriente vers l'objet vulnérant.

Hématomes : évaluer le volume et la fluctuation.

Érosions et abrasions : préciser si elles sont linéaires (griffures) ou punctiformes.

Plaies : Préciser les berges (nettes ou contuses), la profondeur et la longueur.

Brûlures : Déterminer le degré et le pourcentage de surface corporelle.

Dimensions : Mesurer systématiquement chaque lésion à l'aide d'une règle.

Cela aide à définir l'objet vulnérant.

-Examen Ostéo-articulaire :

Palpation osseuse : Rechercher des points douloureux électifs, des déformations ou des crépitations qui orientent vers une fracture ou une luxation.

Mobilité : Évaluer l'amplitude des mouvements des membres et du tronc.

Signes de strangulation : Rechercher des pétéchies conjonctivales, des ecchymoses cervicales en "doigt de gant", une odynophagie ou une dysphonie.

-Examen neurologique : Vérifier la conscience par le score de Glasgow, les réflexes, la sensibilité et l'absence de déficit moteur, surtout en cas de coups à la tête.

- Examen des muqueuses e, de sphère ORL et stomatologie : Rechercher des dents mobiles, des plaies de la muqueuse jugale ou un épistaxis.

-Examen Gynécologique / Proctologique : À réaliser systématiquement si des violences sexuelles sont suspectées ou rapportées par la victime .Rechercher des déchirures, des ecchymoses ou des saignements avec prise des prélèvements (sperme , tissus , poils ...).

- Évaluation de l'état psychologique :

L'examen physique est indissociable de l'état psychique immédiat : on doit noter l'attitude de victime (prostration, agitation, sidération). Rechercher des signes de stress post-traumatique aigu. Évaluer le retentissement fonctionnel (sommeil, alimentation).(24)

A4- Certificat médical initial CMI :

La rédaction d'un certificat médical initial (CMI) est un acte médical indispensable pour l'expertise médicale future. Tout médecin devrait connaître les règles de rédaction d'un CMI . (26)

Les CM sont des documents écrits rédigés par un médecin à la demande d'un particulier, et destinés à constater ou à interpréter des faits d'ordre médical, de nature à influencer directement ou indirectement ses intérêts.

A5. Certificat de coups et blessures

Dans le cadre d'un examen sur réquisition, le certificat médical est directement remis à l'autorité requérante. Hors réquisition, le certificat est remis à la victime majeure et aux parents ou au tuteur légal de la victime mineure

Le médecin doit toujours chercher à comprendre la raison pour laquelle le patient demande un certificat médicale, on évaluer l'utilité avant de commencé la rédaction. Lorsqu'il décide de l'établir, il doit être particulièrement attentif à son contenu , car selon Art 58 du code de déontologie médicale algérien " : « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ». (27)

L'examen clinique doit être soigneux, méthodique et complet la description précise des lésions (natures, formes, profondeurs, couleurs, sièges, dimensions, etc.) doit être effectuée sur l'ensemble des segments corporels, en utilisant la sémiologie exacte des lésions élémentaires après). Toutes les lésions doivent être décrites objectivement de façon exhaustive. Une description incomplète ou

approximative est source d'importantes difficultés médico-légales ultérieures. Les topographies sont précisées par rapport à des repères fixes, les examens complémentaires éventuels doivent être indiqués.

Il comprend (rédaction sur papier libre) :

- 1- L'identité du rédacteur : nom, prénom, qualification et adresse professionnelle ;
- 2- Les conditions dans lesquelles le médecin a été amené à réaliser l'examen (réquisition, victime se présentant spontanément) ;
- 3- L'identité de la victime. En cas de doute, on peut utiliser la formule : « je, soussigné, docteur X, certifie avoir personnellement examiné une personne déclarant se nommer... ».
- 4- L'énoncé des dires de la victime ;
- 5- Les doléances de la victime ;
- 6- L'examen clinique descriptif : constatations objectives faites au cours de l'examen somatique général et de l'examen pelvien précisant l'état émotionnel de la victime ;
- 7- Les examens complémentaires éventuellement réalisés, date de la prochaine consultation de suivi (résultat des examens, autres prélèvements)
- 8- Les gestes préventifs éventuellement réalisés
- 9- Eventuellement, la durée en jours d'une incapacité totale de travail
- 10- La date de rédaction et signature manuscrite du médecin (27)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



الطب الشرعي

ولاية ورقلة
المؤسسة العمومية الإستشفائية
محمد بن وضياف
مصلحة الطب الشرعي
الهاتف: 029-70-07-51

شهادة طبية للضرب والجروح

الرقم :

الرمز :

الرقم التسلسلي :

تصريحات المعني (ة) :

اللقب : الاسم : العمر :

العنوان الكامل :

تاريخ وقوع الحادث : الساعة :

المكان : الوسيلة المستعملة :

الفحص الطبي :

المكرث في المستشفى :

الأضرار الجسدية العائنة :

العجز الكلي المؤقت : بغض النظر عن المضاعفات

حرر بورقة في :

لا تعطي إلا نسخة واحدة من هذه الشهادة الطبية - يرجى تصويرها بعد نسخ - النسخة الأصلية تبقى محفوظة في المصلحة لمدة 03 سنوات

Figure 17: Modèle de certificat médical des coups et blessures .

A.5.1 : Incapacité totale de travail :

C'est la période pendant laquelle une personne soit incapable d'occuper son emploi suite a une agression, accident ou d'une maladie. Au sens pénal elle sert à apprécier la gravité des violence et la gêne réelle dans les actes courantes de vie de la victime .

L'évaluation de l'ITT ce fait par le médecin légiste seulement exprimé en nombre de jours , il prend en compte :

- Le certificat médical initial qui est le document clé pour l'évaluation .
- Les activités de la vie courantes touchées : manger , dormir, se déplacer, s'habiller , se laver ...
- La capacité à travailler ou non selon le cadre juridique concerné .
- La durée de la gêne jusqu'à la consolidation ou jusqu'à la reprise.

Pour l'appréciation médicale de la capacité de travail on retient trois critères : l'endurance , le temps de travail possible et les limitations de rendement ou de rythme .

L'ITT a une grande importance judiciaire en matière pénal , elle aide à qualifier l'infraction et à mesurer sa gravité .elle peut influencer la distinction entre des infractions selon que l'ITT est

inférieure ou supérieure à certain seuil , souvent quinze jours en droit pénal (<= quinze jours : contravention , > quinze jours : délit).(25)

A6- Examens complémentaires :

1-Radiographie :

L'examen radiographique est systématique dans un certain nombre de cas : lésions traumatiques, blessures par projectiles d'arme à feu ,les armes contondantes pour détecter les fractures occasionnées par l'acte de violence. (1)

2- Les prélèvements médico-légaux :

B/ Les prélèvements à visée d'identification :

D'autres prélèvements sont réalisés en vue d'une identification de l'auteur par ses empreintes génétiques. Il s'agit de prélèvements de poils ou cheveux appartenant à l'agresseur, des prélèvements sous onguéaux en cas de griffures portés par la victime sur l'agresseur essentiellement. Les prélèvements doivent être effectués de manière stérile pour éviter une contamination par un ADN étranger (port de gants, d'un masque et d'un bonnet) (31)

A.7 Responsabilité médicale du médecin :

Le médecin ne doit pas oublier qu'il s'implique en accomplissant cet acte sur plusieurs plans; Le médecin rédacteur engage sa responsabilité, tant pénale que civile et disciplinaire :

1- Responsabilité pénale du médecin :

Le médecin peut engager sa responsabilité pénale lorsqu'il commet une infraction au Code pénal:

1- L'inobservation des règles de la rédaction et la dénégation de la vérité dans l'écrit constitue un faux. La délivrance d'un faux certificat constitue un délit. Les articles 226 et 228 du code pénal algérien (CPA) punissent sévèrement la rédaction de faux certificats ou de certificats de complaisance (jusqu'à 03 ans d'emprisonnement et 20000 dinars d'amende).

Constitue une faute :

- Antidater ou postdater un certificat médical.
- La délivrance de certificat en blanc laissé à la disposition de tiers.
- Lorsque le médecin affirme avoir examiné le client alors qu'il ne l'a pas fait.

2- La violation du secret médical dans l'écrit est un délit (Art 301 CPA).

3- Le refus de répondre à un ordre de réquisition est fautif (Art 187 bis CPA).

2- Responsabilité civile du médecin :

Des dommages et intérêts peuvent être réclamés à un médecin, par une personne s'estimant lésée par les déclarations de ce médecin en vertu de l'art.124 du code civil algérien.

3- Responsabilité disciplinaire du médecin :

En vertu de l'Art 24, Art 39, Art 55 Art 57 et Art 58 du code de déontologie médicale algérien : Le médecin peut engager sa responsabilité disciplinaire lorsqu'il rédige un certificat mensonger ou de complaisance, qu'il s'immisce, sans raisons professionnelles, dans les affaires de famille ou la vie privée des personnes ou qu'il viole le secret professionnel. (28) (29) (30)

B : Chez le cadavre :

Il s'agit de l'examen d'un cadavre réalisé sur réquisition judiciaire en lieu et place de sa découverte.

Le corps du défunt = véritable pièce à conviction dont l'examen est confié à une personne qualifiée d'apprécier la nature et les circonstances du décès (Art. 62 CPPA) ..(

1-Levée de corps:

Sens médico-légal : **"examen externe du cadavre, constitué par l'acte médical de description du corps avant l'autorisation d'inhumation . Cet examen médical a lieu sur place et en place, avant toute mobilisation du cadavre " .**

Objectifs de la levée de corps médico-légale :

Vérifier la réalité de la mort-

-Relever les éléments permettant de dater le décès récents (moins de 48 heures) : températures ambiante et corporelle lividité, rigidité, début de putréfaction, décès survenus il y a plus de 72 heures : expertise entomologique à la discrétion du service enquêteur ; compatibilité entre données de l'enquête (dernière fois vu vivant) et constatations

-Vérifier la compatibilité entre la « scène de crime » (terme générique désignant la scène de découverte d'un corps) et la forme médico-légale apparente du décès (par exemple, l'accessibilité à la victime du point de suspension dans une pendaison, la présence/localisation d'une arme à feu par rapport à la victime, etc.

-Relever les éléments d'orientation, en particulier les lésions traumatiques, sur la cause du décès et ses circonstances de survenu.

-Relever, en particulier en l'absence d'identification, les particularités anatomiques du corps de la victime (cicatrices, malformations, tatouages, etc)

Recueillir les éléments anamnestiques ;-

-antécédents médicaux-traitement habituel

addictions-circonstances de survenue du décès- circonstances de découverte du corps-.Établir un rapport remis à l'autorité requérants-. (32)

BASES JURIDIQUES :

Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé

Art. 200- En cas de mort suspecte, mort violente ou décès sur la voie publique et en cas de mort par maladie transmissible présentant un risque grave pour la santé publique, le médecin concerné délivre uniquement un certificat de constat de décès et avise les autorités compétentes pour procéder à la levée médico-légale du corps en respectant les procédures réglementaires en vigueur .

Code de Procédure Pénale Algérien

Art. 42- En cas de crime flagrant l'officier de police judiciaire qui en est avisé, informe immédiatement le procureur de la république le transporte sans délai sur le lieu du crime et procède à toutes les constatations utiles . Il veille à la conservation des indices. Il saisit tout ce qui peut servir à la manifestation de la vérité. Il se procure les objets susceptibles de disparaître

Art.43- Dans les lieux où un crime a été commis, il est interdit, sous peine d'une amende de 200 à 1000 DA, à tous les personnes habilitées , de modifier, avant la première opération de l'enquête judiciaire , l'état des lieux et d'y restituer des prélèvements quelconques.
(32)

Cette opération se déroule en 3 phases :

a-Transport sur les lieux et recueil des données anamnestiques :

Identité présumée du défunt, profession

Circonstances de découverte

Date du dernier contact

Antécédents médicaux et traitements en cours

b- Examen des lieux et des choses

Respecter le périmètre de sécurité;

Geler la scène crime : photographie et levé de plan

Ne pas souiller les lieux

Rechercher :

-Position du corps

-Désordre et stigmates de lutte

- Objets ayant pu servir à la commission de l'acte : arme, projectiles Taches suspectes (sang, sperme, forme, direction, ancienneté) , Médicaments ou produits toxiques...

c-Examen externe du cadavre

Interprétation des phénomènes cadavériques :

refroidissement, lividités , rigidité, degré de putréfaction.

Réalité de la mort.

Estimation du délai post-mort.

orientation étiologique.

Autres : mobilisation post-mortem du cadavre.

(32)(21).

2- Autopsie:

L'autopsie médico-légale ou judiciaire ne ressemble pas à l'autopsie médicale ou médico-scientifique pratiquée en milieu hospitalier, non seulement en raison des éventuelles implications judiciaires mais également sur le plan de techniques particulières utilisées, donc elle en diffère par ses buts et par sa technique. Le clinicien demande surtout à l'autopsie la confirmation du diagnostic ; il étudie de préférence l'organe dont les lésions sont la cause de la mort. L'autopsie médico-légale inclut l'acte technique macroscopique et microscopique mais également tout ce qui peut l'environnement c'est-à-dire l'examen des vêtements, l'étude radiologique, l'étude toxicologique ...

De la même manière l'étude de la scène de crime effectuée conjointement par les services de police, le laboratoire de police technique et scientifique, le médecin légiste ne peut être dissociée de l'investigation médico-légale proprement dite. L'autopsie médico-scientifique est réalisée après avoir vérifié l'absence d'opposition de sujet, exprimée du temps de son vivant. Ses objectifs sont :

La détermination de la cause de décès .

La corrélation anatomo-clinique

L'observation de l'efficacité ou de l'échec de la thérapeutique appliquée

L'étude de l'évolution naturelle de la maladie et l'amélioration de sa compréhension, dans un but scientifique et pédagogique

« L'autopsie médico-légale par contre, se pratique à la demande du magistrat (Procureur de la république). La famille ne peut s'y opposer, le corps du défunt devenant temporairement une pièce à conviction mise à la disposition de la justice. (33)

Intérêt de l'autopsie :

L'autopsie judiciaire est une opération complexe qui doit permettre la reconstitution des événements et des circonstances qui ont entraîné la mort, ses objectifs et ses particularités sont en particulier :

1. La détermination de la cause de la mort ainsi que la forme médico-légale du
2. fait judiciaire à savoir l'homicide et des phases de ce drame.
3. La fixation de la date de la mort et du l'étude du délai post mortem.
4. Le recueil éventuel des éléments d'identification du défunt.

5. La découverte, l'identification et le prélèvement de microtraces utile l'enquête judiciaire et notamment à l'étude des indices permettant de remonter Jusqu'à l'auteur éventuel des faits.
6. Le recueil de liquides biologiques en vue d'analyses toxicologiques.
7. – L'interprétation de la relation d'imputabilité entre les faits qualifiés d'infraction (homicide volontaire ou involontaire, non assistance à personne en danger..) et les circonstances ayant précipité l'évolution vers le décès.
8. - La distinction entre mort naturelle et mort violente (avec intervention d'une force ou d'un agent extérieur à la personne).
9. L'établissement d'un rapport médico-légal destiné au magistrat.

Ce rapport d'autopsie peut revêtir différentes formes, dépendant de médecine légiste ayant effectué l'acte. Il peut s'agir d'un rapport sous forme narrative ou sous forme d'un protocole standardisé. Pour remplir cette mission, le médecin légiste suit certaines règles particulières dans la pratique de l'autopsie, car il existe des régions médico-légales et des organes médico-légaux qui doivent être spécialement examinés.(33)

V- Conséquences de violence :

A-Conséquence médicale :

Principalement les lésions traumatiques, se sont les tableaux les plus évidents. Les lésions traumatiques sont multiples, d'âge différent et de nature variée : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, fractures...(34) Leur localisation est variable mais principalement elles siègent au niveau du visage, du crâne, du cou et des extrémités. Les lésions peuvent être cachées sous les vêtements. Les lésions sont majoritairement infligées à mains nues, les armes sont plus rares. A noter que les violences physiques ne sont jamais isolées mais précédées et accompagnées de violences verbales et psychologiques. Les séquelles comprennent une asthénie marquée, des douleurs musculaires, une impotence fonctionnelle (35).

B- Conséquences psychologique :

L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenue par leurs agresseurs peut produire différentes formes des troubles psychiques :

1. Troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité d'impuissance, auto-dévalorisation.
2. Troubles psychosomatiques : douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer, etc.
3. Troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars.
4. Troubles de l'alimentation : repas irréguliers, anorexie, boulimie, impossibilité de s'alimenter normalement parce que l'agresseur les en empêche ou bien ne leur dispense pas l'argent nécessaire à l'achat de nourriture
5. Troubles cognitifs : difficultés de concentration ou d'attention, pertes de mémoire (36)

IV-Cadre juridique :

La constitution algérienne garantit clairement l'égalité en droits et en devoirs entre les hommes et les femmes, et ce dès sa première version promulguée en 1963. Cependant, il est à constater que dans la législation et les faits ce n'est absolument pas le cas.

Constitution 30 décembre 2020

Art. 35 — Les droits fondamentaux et les libertés sont garantis par l'Etat. Les institutions de la République ont pour finalité d'assurer l'égalité en droits et en devoirs de tous les citoyens et citoyennes en supprimant les obstacles qui entravent l'épanouissement de la personne humaine et empêchent la participation effective de tous à la vie politique, économique, sociale et culturelle.

Art. 37 — Les citoyens sont égaux devant la loi et ont droit à une égale protection de celle-ci, sans que puisse prévaloir aucune discrimination pour cause de naissance, de race, de sexe, d'opinion ou de toute autre condition ou circonstance personnelle ou sociale. (37)

Droits de la victime :

La législation algérienne reconnaît plusieurs droits aux femmes victimes de violences physiques et affirme la nécessité de leur assurer une protection juridique et sociale.

La Constitution algérienne garantit à la femme une protection contre toutes les formes de violence et impose à l'État le devoir de lutter contre ces atteintes en protégeant les victimes, en poursuivant les auteurs et en mettant en place des mécanismes de prévention. Cette protection s'inscrit dans le cadre du respect des droits fondamentaux et de la dignité humaine.

Des analyses publiées par iemed.org soulignent également cette évolution de la protection constitutionnelle.

La femme victime de violences dispose aussi du droit de recourir à la justice. Elle peut signaler les faits aux services de police ou de gendarmerie, déposer plainte et engager des poursuites judiciaires contre l'auteur des violences. La victime peut également se constituer partie civile afin de demander réparation pour les dommages physiques et moraux subis.

Par ailleurs, les textes algériens prévoient des mesures d'accompagnement et d'assistance au profit des victimes. Les femmes concernées peuvent bénéficier de structures d'accueil, d'une aide sociale ainsi que d'un accompagnement destiné à assurer leur protection et leur prise en charge. La Constitution de 2020 a renforcé cette orientation en évoquant l'importance des structures dédiées aux femmes victimes de violences.

Le droit à la réparation constitue également une garantie essentielle. La victime peut demander une indemnisation financière et des dommages-intérêts afin de compenser les préjudices physiques, psychologiques ou moraux résultant des violences exercées contre elle.

En outre, les violences physiques sont considérées comme une atteinte grave à la dignité humaine et à l'intégrité corporelle de la femme. À ce titre, le Code pénal algérien sanctionne les coups, blessures et autres formes de violences physiques afin d'assurer la protection de la personne victime.

Malgré ces garanties juridiques, plusieurs difficultés persistent dans la pratique. Certaines victimes subissent des pressions familiales ou sociales les poussant à retirer leur plainte. D'autres rencontrent des obstacles liés au manque de structures d'accueil ou à la difficulté d'accès à une protection judiciaire efficace. Plusieurs rapports et études ont également critiqué le mécanisme du « pardon » dans certaines affaires de violences conjugales, estimant qu'il peut limiter la protection effective des victimes. (38)

Lois répriment les violences contre les femmes et Responsabilité pénale de l'auteur (Code Pénal Algérien):

Art. 264 — Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à autrui ou commet toute autre violence ou voie de fait, et s'il résulte de ces sortes de violence une maladie ou une incapacité totale de travail pendant plus de quinze jours est puni d'un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans et d'une amende de cent mille (100.000) DA à cinq cents mille (500.000) DA. (...) Quand les violences ci-dessus exprimées ont été suivies de mutilation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, le coupable est puni de la réclusion à temps de cinq (5) à dix (10) ans (...).

Art. 442 — Sont punis d'un emprisonnement de dix (10) jours au moins à deux (2) mois au plus et d'une amende de huit mille (8.000) DA à seize mille (16.000) DA : les individus et leurs complices qui causent des blessures ou portent des coups, commettent toute autre violence ou voie de fait dont il ne résulte pas une maladie ou une incapacité totale de travail excédant 15 jours, à la condition qu'il n'y ait pas eu préméditation, guet-apens ou port d'armes (...)

Art. 266 bis — Quiconque volontairement, cause des blessures ou porte des coups à son conjoint est puni ainsi qu'il suit :

1. D'un emprisonnement d'une année (1) à trois (3) ans, si les blessures et les coups n'ont occasionné aucune maladie ou incapacité totale de travail à son conjoint de plus de quinze (15) jours.
2. D'un emprisonnement de deux (2) à cinq (5) ans s'il y a eu incapacité totale de travail de plus de quinze (15) jours.
3. De la réclusion à temps de dix (10) à vingt (20) ans, si les blessures et les coups ont été suivis de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autre infirmités permanentes.
4. De la réclusion à perpétuité, si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont occasionnée.

L'infraction est établie, que l'auteur réside ou pas dans le même domicile que la victime.

L'infraction est établie si les violences sont commises par l'ex-conjoint et qu'il s'avère qu'elles sont en rapport avec la précédente relation de mariage. L'auteur ne peut bénéficier des circonstances atténuantes si la victime est enceinte ou handicapée ou si l'infraction a été commise en présence des enfants mineurs ou sous la menace d'une arme. Dans les cas prévus aux (1) et (2), susvisés, le pardon de la victime met fin Aux poursuites pénales (...).

Art. 266 bis 1 — Est puni d'un emprisonnement d'une année (1) à trois (3) ans, quiconque commet contre son conjoint toute forme de voies de fait, ou de violence verbale ou psychologique répétée

mettant dans une situation qui porte atteinte à sa dignité ou à son intégrité Physique ou psychologique. L'état de violence conjugale peut être Prouvé par tous les moyens. L'infraction est établie, que l'auteur réside ou pas dans le même Domicile que la victime.

L'infraction est établie si les violences sont commises par l'ex-conjoint et qu'il s'avère qu'elles sont en rapport avec la précédente relation de Mariage. L'auteur ne peut bénéficier des circonstances atténuantes si la victime est enceinte ou handicapée ou si l'infraction a été commise en présence Des enfants mineurs ou sous la menace d'une arme. Le pardon de la victime met fin aux poursuites pénales.

Art. 330 bis — Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans quiconque exerce sur son épouse toute forme de contrainte Ou d'intimidation afin de disposer de ses biens ou de ses ressources Financières. Le pardon de la victime met fin aux poursuites pénales.

Art. 369 — Les vols commis entre conjoints, parents, collatéraux ou alliées jusqu'au quatrième degré inclusivement, ne peuvent être poursuivis pénalement que sur plainte de la personne lésée. Le retrait de plainte met fin aux poursuites. (37)

Matériels et Méthodes

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale, basée sur l'évaluation de nombre des femmes victimes de violence physique.

2. Lieu d'étude :

L'étude est menée au sein de l'établissement public hospitalier **Mohamed Boudiaf Ouargla**, dans le service de médecine légale .

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée en 03 mois, entre le **01/02/2026** jusqu'à le **30/04/2026**.

4. Population d'étude :

L'enquête a intéressé l'ensemble des femmes victimes de violences physiques ayant consulté au niveau de service de médecine légale de l'EPH Mohammed Boudiaf d'Ouargla.

➤ *Critères d'inclusion:*

Les femmes victimes de coups et blessures volontaires ayant consulté au niveau de service de médecine légale.

➤ *Critères de non inclusion :*

Les femmes victimes de coups et blessures involontaires.

Les femmes victimes de violences sexuelles.

Les femmes de moins de 19 ans.

Les dossiers incomplets.

5. Variables étudiées :

Le questionnaire comprend 18 questions réparties comme suite :

A/Identification

- Examen à la demande de la victime : ☐Oui ☐Non
- Examen sur réquisition : ☐Oui ☐Non
- Heure de consultation : ☐Matin ☐Après midi
- Date de consultation :
- Date des faits :

B/ Données sociodémographiques

1.Âge de la victime au moment des faits

☐ < 20 ans ☐ 20–30 ans ☐ 30–40 ans ☐ > 40 ans

2. Situation matrimoniale

☐ Célibataire ☐ en relation ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve

3. Profession :

☐ Sans emploi ☐ Étudiante ☐ Fonctionnaire ☐ Travailleuse indépendante ☐ Autre

4.Lieu de résidence :

☐ Urban ☐ Rural

5.Nombre d'enfants :

C /La prise en charge médico-légale

I.L'anamnèse :

6. Auteur des violences :

☐ Conjoint
☐ Ex Conjoint
☐ Membre de la famille(qui:)
☐ Personne connue (qui:)
☐ Inconnu

7.Lieu de survenue :

☐ Domicile
☐ Lieu de travail
☐ Voie publique
☐ Résidence universitaire
☐ Autre :

8.Type de violence :

- ☐ Coups de poing
- ☐ Coups de pied
- ☐ Coups de tête
- ☐ Projection contre un plan dur
- ☐ Strangulation
- ☐ Arme contondante
- ☐ Arme tranchante
- ☐ Autre :

II. Examen Clinique

9. Topographie des lésions

☐ Visage ☐ Cou et Tronc ☐ Les membres ☐ Les organes génitaux

10. Types des lésions constatées :

☐ Contusions ☐ Plaies ☐ Fractures ☐ Brûlures ☐ Absence des lésions apparentes

11. Incapacité Temporaire de Travail (ITT) :

☐ < 10 jours ☐ 10–15 jours ☐ > 15 jours

12. Hospitalisation nécessaire ?

☐ Oui ☐ Non

13. Orientation:

☐ Psychologue ☐ traumatologue ☐ Orl autre:

6. Collecte et des données :

La collecte a été effectuée grâce à une fiche d'évaluation des données médico-légales, présentée ci-dessus.

7. Analyse des données :

Le codage, la saisie et l'analyse ont été faits par la contribution de chacun des membres de groupe d'étude à l'aide des logiciels : SPSS 26, Excel 19 et Word 19.

La gestion des références bibliographiques a été effectuée à l'aide de Zotero.

8. CONSIDERATION ETHIQUE :

Les données ont été collectées sur des fiches anonymes après avoir obtenu l'autorisation du chef de service et des femmes consultantes.

Notre étude ne présente aucun conflit d'intérêt.

Résultats

A-Identification :

- **Demande d'examen médico-légal :**

La plus grande majorité des consultations étaient sur demande des victimes avec un taux de 99% .

Seule 1% des examens était sur réquisition.

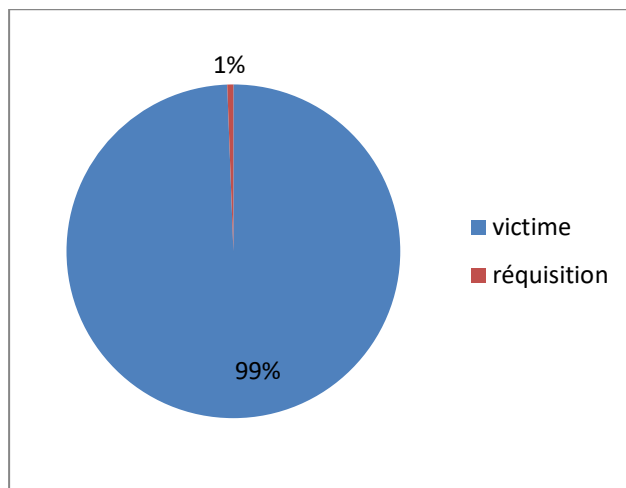


Figure 18: Diagramme de répartition des examens selon l'origine de demande.

- **Heure de consultation :**

La majorité des consultations ont été pratiquées durant l'après-midi , avec un taux de 61% de l'ensemble des cas étudiés .

En revanche les consultations matinales concernent 39% du collectif des victimes.

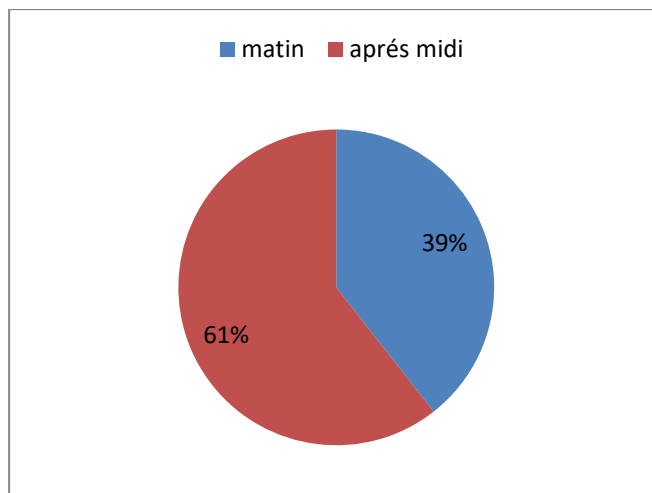


Figure 19: Diagramme de répartition des examens selon le moment de consultation.

- **Date de consultation :**

L'analyse des délais séparant la survenue des faits et la consultation médico-légal révèle que la majorité des victimes a consulté rapidement, 43.5% des examens ont été réalisés un jour après les faits .

Un taux non négligeable de 42.2% des victimes a consulté au-delà de cette période, à savoir plus de deux jours après les faits .

Les consultations effectuées deux jours après les faits représentent la proportion la plus faible 15.3% .

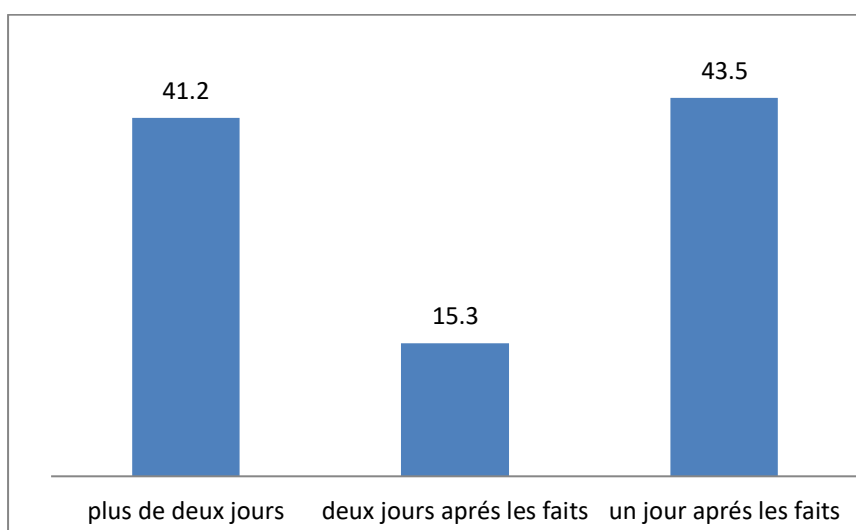


Figure 20: Diagramme de répartition des patients selon le délai de consultation.

B-Caractéristiques sociodémographiques :

1. Répartition des participants par âge :

L'âge moyen de la population étudiée était de 34 ,4 ans $\pm$ 5 ans avec des extrêmes d'âge de 19 ans à 67 ans. Cette distribution reflète une population relativement jeune, tout en incluant des individus d'âges plus avancés.

L'intervalle d'âge le plus incluse est entre 30 à 40 ans.

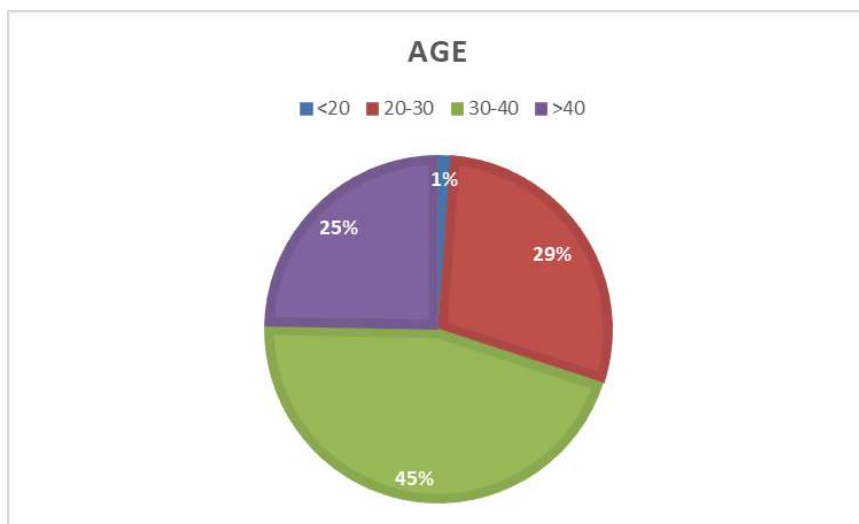


Figure 21: Distribution des participants selon l'âge.

2. Répartition des participants selon le statut civil :

L'échantillon étudié se compose de 80 mariées (47%) et de 40 personnes divorcée (23%), avec 19% des femmes célibataires.

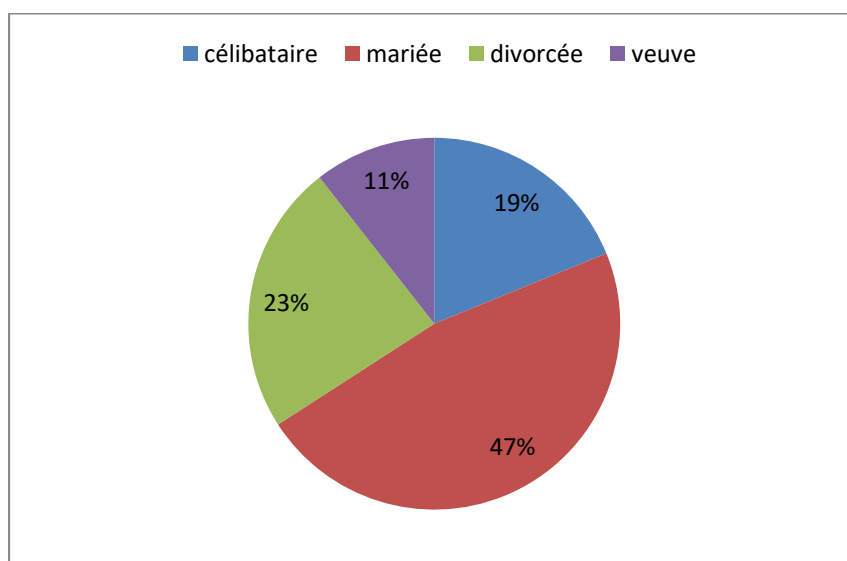


Figure 22: Répartition des participantes selon le statut civil.

3. Répartition des participants selon la profession :

la majorité sont des femme au foyer (68%) et avec proportion de 13,5% pour les femme employeures, les étudiantes constituées (11.8%) .

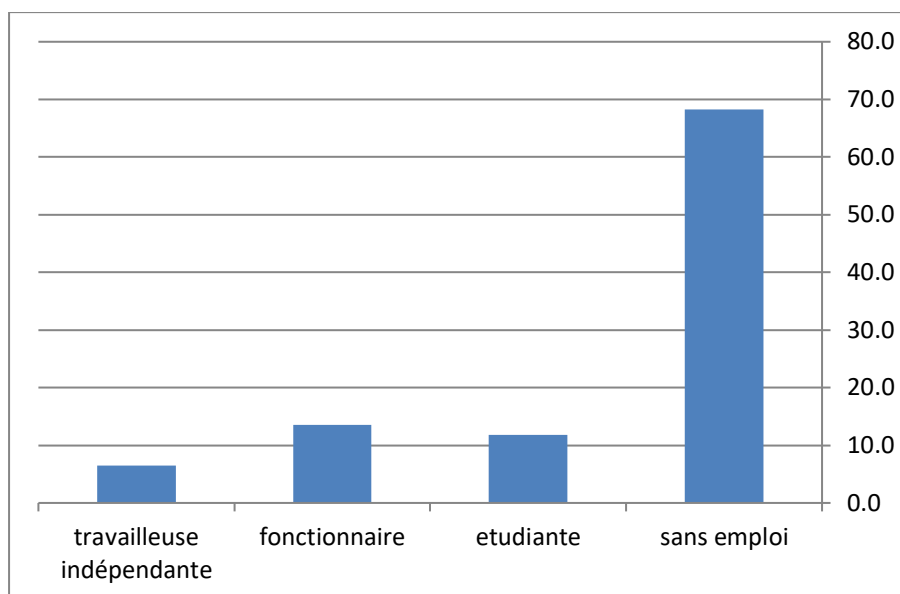


Figure 23: Distribution des victimes en fonction de profession.

4. Répartition des victimes selon le lieu de résidence:

On note que la plupart des victimes étaient issues d'un milieu urbain (82%), tandis que 18% résidaient en milieu rural.

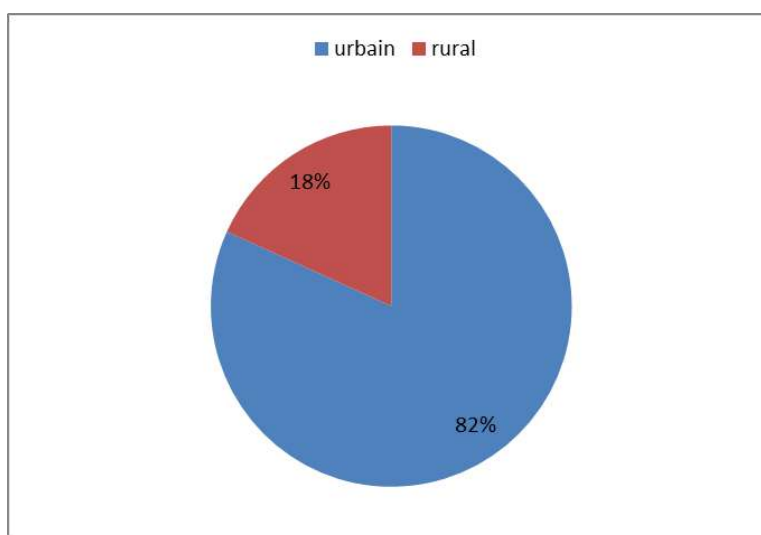


Figure 24: Distribution des victimes selon le milieu de résidence.

5. Répartition du nombre des enfants des victimes :

La majorité des répondantes 21,2% n'ont aucun enfant. Les femmes ayant 1 enfant représentent 6.5%, celle ayant 2 enfants 8.2% , 3 enfants 5.9% , 4 enfants 1.8% , 5 enfants 5.3% , 6 enfants 1.8% et 7 enfants 0.6% .

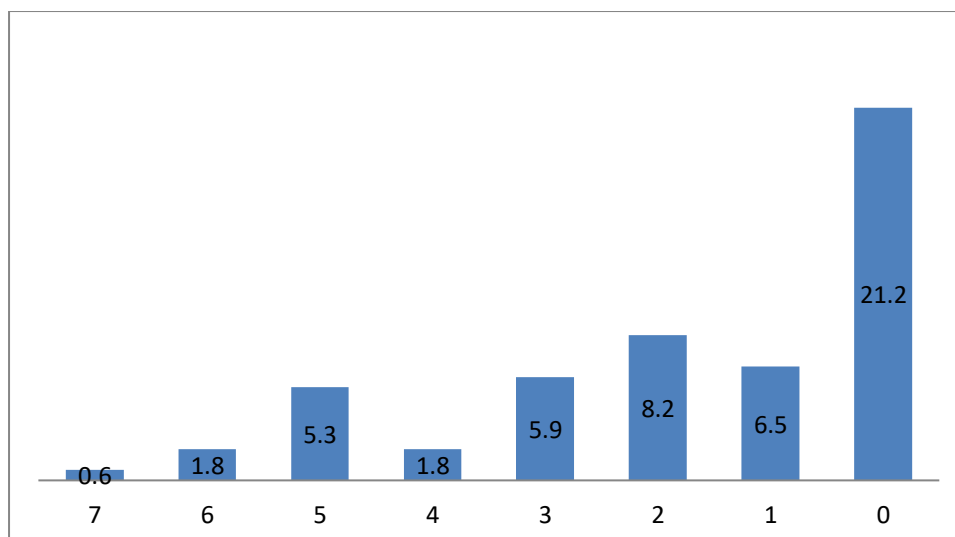


Figure 25: Répartition de nombre des enfants des victimes .

C- Prise en charge médico-légal :

6. Répartition des auteurs de violences :

Les résultats montrent que le conjoint est le principal auteur des violences, cité dans 56.5% des cas .les membres de la famille occupent la deuxième position avec 21.2% des cas .Enfin les ex-conjoints sont les moins fréquemment rapportés, avec 3.5% des cas .

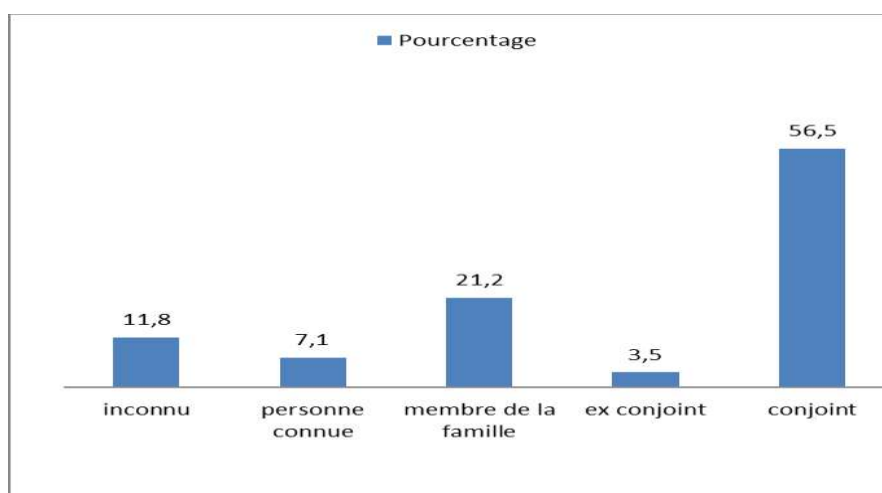


Figure 26: Distribution des auteurs de violences.

7. Répartition des lieux de survenue des violences :

Les résultats montrent que le domicile constitue de loin le principal lieu de survenue des violences, avec 77% des cas . La voie publique arrive en deuxième position avec 14.1%. Les violences survenues en résidence universitaire représentent 5.3% des cas.

Ce résultat montre que les violences se produisent majoritairement au domicile.

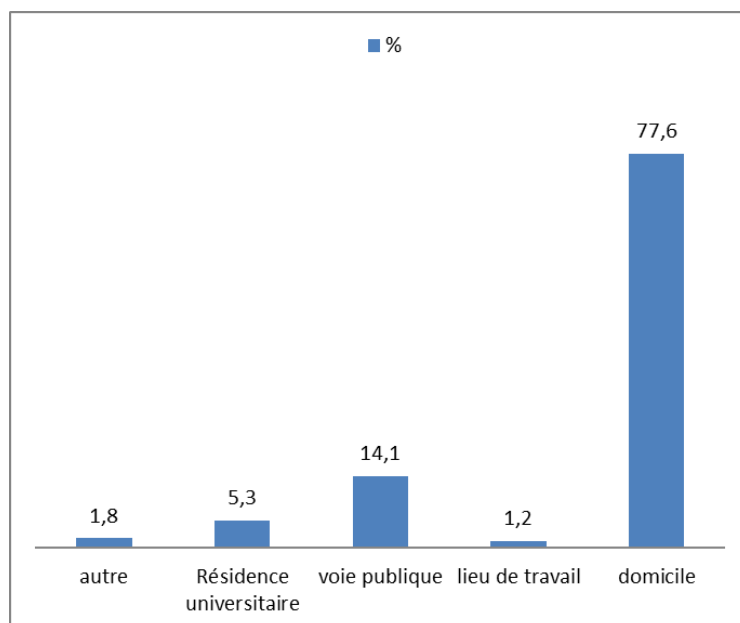


Figure 27: Répartition des cas de violence selon le lieu de survenu de violence.

8. Répartition des résultats selon l'agent vulnérant :

Ce graphique met en évidence la diversité des formes de violence recensées, avec une prédominance des armes naturelles qui représentent 62% des cas .Elles sont suivies par les armes contondantes avec 27% et la projection contre un plan dur (7%) , l'arme tranchante(3%),et l'arme brûlante (1%).

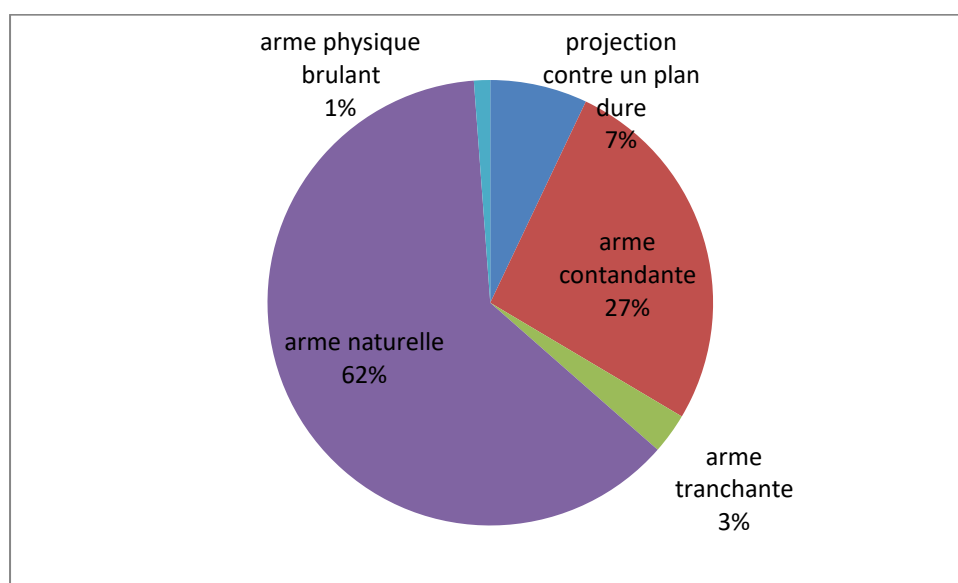


Figure 28: Répartition des types de violence.

9.Topographie des lésions :

La répartition montre une prédominance des atteintes au niveau des membres, touchant 45.3% de l'effectif global.

Les traumatismes isolés de l'extrémité céphalique arrivent en deuxième position avec un taux de 30.6 %.

Par ailleurs, 5.3% des sujets examinés présentaient des lésions au niveau de cou.

L'atteinte de tronc était la moins fréquente avec un taux de 3.5%.

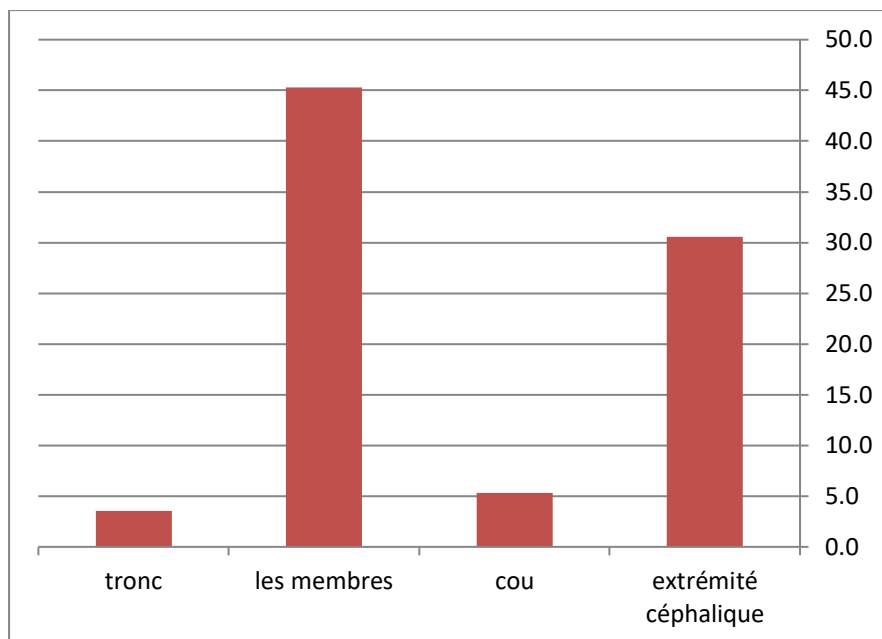


Figure 29: Histogramme de répartition de topographie des lésions .

10.Type de lésion :

Parmi les lésions constatées, les contusions indépendantes constituent la majorité des cas avec un pourcentage estimé à 49.7%, suivi par des plaies avec un taux de 29.1% .

Dans 15.3% des cas les lésions n'étaient pas visibles .

Les fractures et les brûlures constituent les catégories les moins fréquentes avec un pourcentage de 4.7% et 1.2% respectivement .

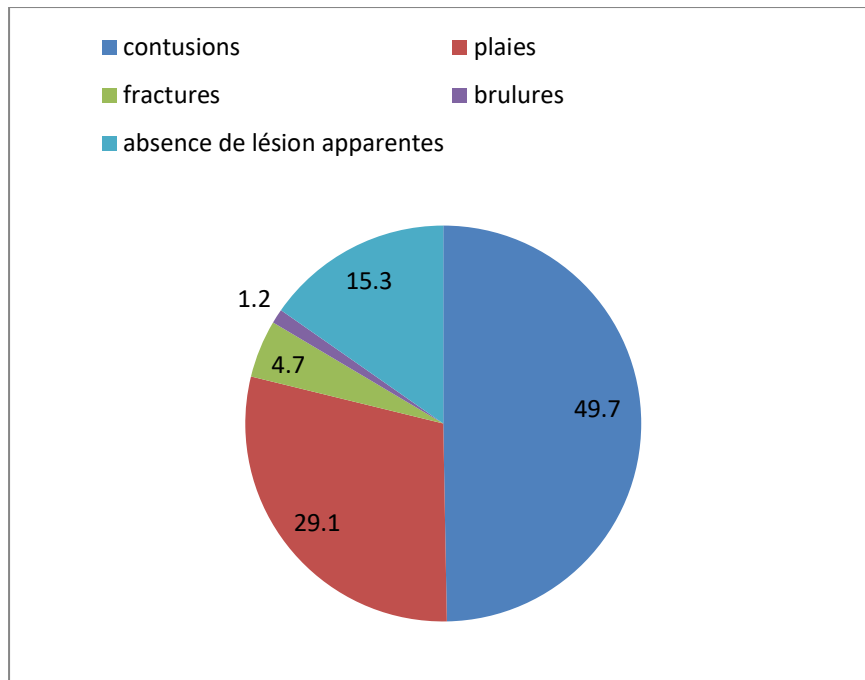


Figure 30: Diagramme de répartition des types des lésions.

11.Incapacité totale de travail (ITT) :

La très grande majorité des cas étudiés bénéficie d'une ITT de courte durée (moins de dix (10) jours), elle représente 66.5% des cas .

Les ITT de longue durée (plus de 15 jours), restent très minoritaires , ils concernent juste 3.5% des cas .

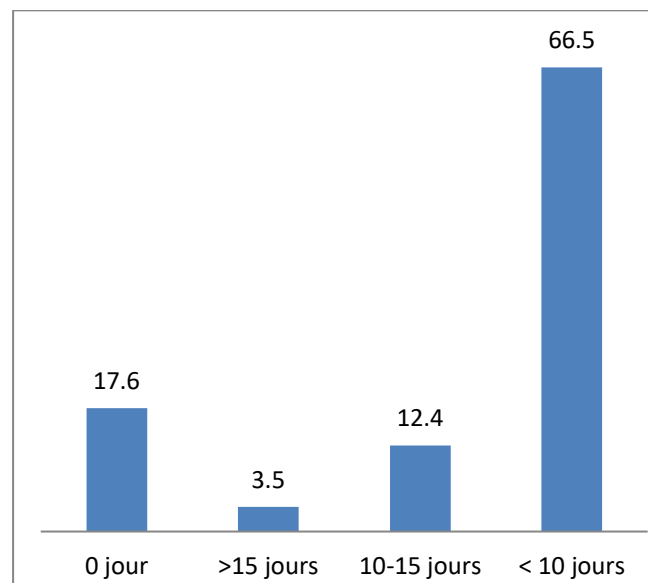


Figure 31: Histogramme de répartition de durée d'ITT.

12. Hospitalisation nécessaire :

La grande majorité des cas avec 98% ont reçu des soins ambulatoires ou des examens externes sans nécessité d'une admission à l'hôpital.

La très faible minorité de l'échantillon soit 2% représente les patients dont l'état de santé après l'agression a nécessité une prise en charge hospitalière.

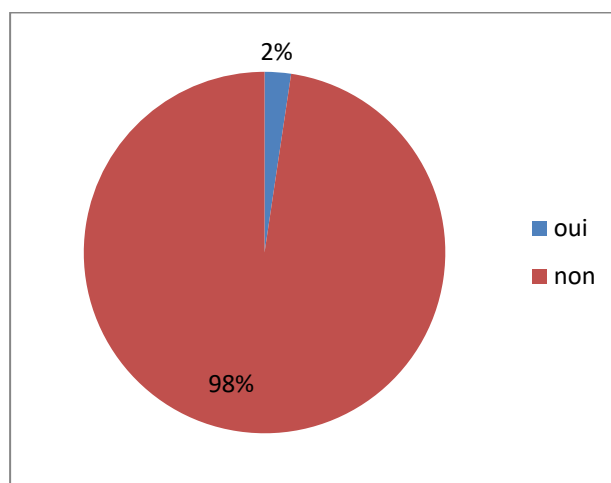


Figure 32: Diagramme de répartition de taux d'hospitalisation.

13. Orientation :

La grande majorité des patients n'a bénéficié d'aucune orientation vers un spécialiste avec un taux de 89.4%.

Parmi les moindre patients ayant bénéficié d'une orientation spécialisé, la traumatologie arrive en tête avec un taux de 4.1% , suivie de l'ophtalmologie 2.4% , et en dernier la psychologie et l'ORL avec un taux de 1.8%.

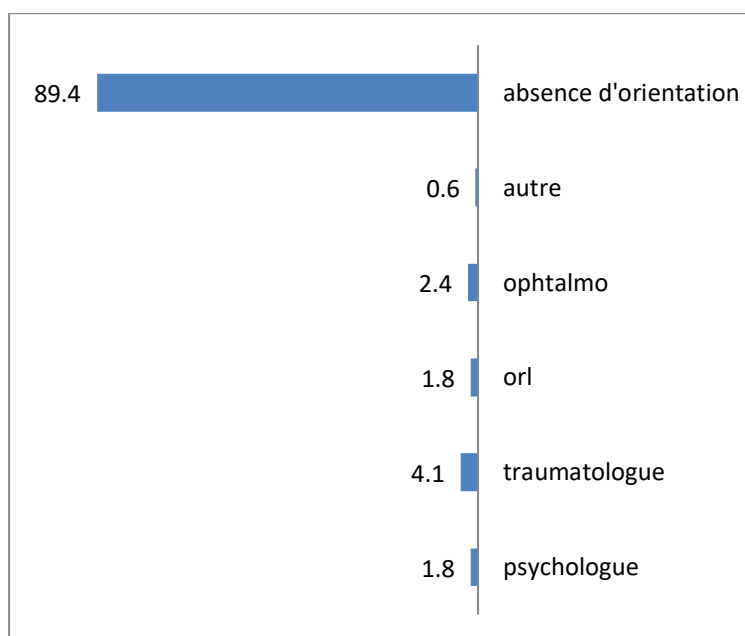


Figure 33: Diagramme de répartition des taux d'orientation spécialisée.

Discussion :

1. Demande d'examen médico-légale :

L'analyse de l'origine de la demande d'examen médico-légal met en évidence une prédominance absolue des consultations sur demande spontanée de la victime, représentant 99% des cas, contre seulement 1% des examens réalisés sur réquisition des autorités judiciaires.

Comparant avec l'étude marocaine de CHU Ibn Rochd et CHU Ibn Sina qui montre respectivement 80% et 85% des consultations sur demande de victime. (39)

Autre étude faite au CHU Bouaké/Abidjan de Cote d'Ivoire montre que 95% des victimes consultent spontanément. (40)

Cette prédominance des consultations sur demande spontanée des victimes confirme que les victimes d'agressions physiques choisissent la filière médicale spontanée de première ligne afin de faire sauvegarder la preuve de leur dommage corporel avant d'initier la procédure pénale.

2. Date de consultation :

L'étude des délais montre que la majorité des victimes d'agressions physiques consulte un jour après les faits 43.5% , deux jours après les faits 41.2% ,un faible pourcentage consulte au delà de deux jours 15.3%. La comparaison avec l'étude de Laghouat montre une superposition concernant le premier jour 42.8%, et des proportions plus élevées pour les consultations de deux jours après les faits 28.2% et 16.4% après 72 heures (12).

Une grande divergence avec l'étude de CHU Annaba de 2013 où 85.5% des victimes consultaient après 72 heures (11).

Ces résultats peuvent s'expliquer par la conscience des victimes sur l'importance de consultation précoce afin de garder la preuve de leur dommage corporel avant la cicatrisation des blessures et pour obtenir rapidement un certificat médical du coup et blessure fixant une ITT pour enclencher les procédures judiciaires.

3. L'âge :

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes violentées était de 34 ans avec un écart-type de 11.18, ceci correspond aux données internationales. Ces résultats sont comparables avec celui d'Oujda 2019 avec L'âge moyen des femmes est de 34.45 ans avec un écart-type de 11.86 ans. L'âge minimal est de 18 ans et l'âge maximal de 60 ans. (41)

Chaque année en France, 216 000 femmes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire déclarent être victimes de violences conjugales graves (violences physiques et/ou sexuelles) de la part de leur conjoint marié ou non, ou ex-conjoint. Soit deux fois et demi de plus que les hommes.(42).

4. L'état matrimonial :

Dans notre étude, on note que les femmes mariées constituaient la majorité des victimes avec 47% des cas , suivies des femmes divorcées avec 23% célibataires 19%. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés dans l'étude d'Oujda, où les femmes mariées représentaient la catégorie la plus touchée 80% , les célibataires 15% et les divorcées 8% .

D'après les deux études on constate que les violences physiques surviennent principalement dans le cadre de vie conjugale et ex conjoint . L'étude d'Oujda renforce cette observation, qui met en évidence une prédominance des violences intraconjugales (27.1%) .Tandis que notre étude montre une proportion plus élevée que celle d'Oujda pour les femmes divorcées cela reflète une exposition plus importante à certaines formes de violence en dans le cadre de violence ex-conjugale .(41)

5. la profession :

Notre étude met en évidence une proportion élevée des femmes au foyer avec 68,2% suivies de 13,5% pour les femmes avec profession et les étudiantes avec 11.8% .

La majorité des victimes sont des femmes au foyer c'est-à dire que les femmes sont sous la dépendance économique du conjoint ou de la famille ,ce qui les rend plus vulnérables aux violences et limite leur capacité de protection de soi ou de quitté l'environnement violent.

Dans l'étuded'Oujda, le nombre de femmes battues ayant une profession s'élèvent à 40.2%. Il serait judicieux de comprendre que la profession ne joue pas un rôle protecteur ou le contraire dans les cas de violences faites aux femmes..(41)

L'OMS rapporte que le faible accès des femmes à un emploi rémunéré est une faveur sociétale associée à un risque plus élevé de violence.

La proportion relativement importante d'étudiantes observée dans notre étude peut être liée à leur jeune âge à leur exposition à différents contextes de violences.

6. lieu de résidence des victimes :

Dans notre série , la majorité des victimes résidaient en milieu urbain (82%)et seulement 18% en milieu rural . Cette répartition peut s'expliquer en partie par la concentration de la population dans les zones urbaines,

C'est surtout liée a accessibilité aux structures de soins et aux services médico-légaux .montrant que les femmes vivant en milieu urbain ont d'avantage de recours aux services spécialisée et déclarée le fait .

7- L'auteur de violence :

La majorité des agresseurs (56.5%) sont les conjoints. Il est évident puisque la majorité des violences faites aux femmes sont des violences conjugales où la proximité quotidienne et les rapports de pouvoir peuvent favoriser l'apparition de comportements violents. Nous retrouvons en deuxième ligne les membres de la famille avec un pourcentage à 21.2%, ces résultats sont comparable à ceux d'Oujda avec 67% pour les conjoint et 5.4 % pour les membres de la famille.

La prédominance des conjoints observée dans les deux études confirme que le principale type de violence envers les femmes c'est déroulent dans le cadre conjugal. La différence entre les résultats concernant un acteur d'origine familiale peut être liée à des facteurs socioculturels, aux caractéristiques des populations étudiées.

Selon l'OMS, près du tiers 27% des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont eu des relations de couple indiquent avoir subi, au cours de leur vie, une forme ou une autre de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire. (43)

8. Lieu de survenue de l'agression :

Dans notre étude, le domicile était le principale lieu de survenue des violences physiques avec une proportion de77.6%, suivie par les lieux publics avec 14.1% et 1.2% pour les lieux de travail.

La majorité de violence physique survenant a domicile avec une proportion de 77.6% , ce résultat est presque similaire à ceux constaté par l'équipe d'Annaba avec 87.5% qui se sont vu agressées dans leur domicile (11) , autre étude montre une proportion de violence a domicile de 72% est celle

d'Oujda, et 65.7% pour les cas de Laghouat, c'est le même résultat trouvé par l'enquête nationale réalisée par INSP en 2005 qui montre que le domicile conjugal est le lieu des agressions des femmes dans 64.9% des cas étudiés (2).

Le domicile constitue le source de protection et l'origine de sécurité, et où les personnes se passent plus de temps, se transforme en un lieu de violence .

On constate que les violences dans les voie publique représentaient 14.1% des cas , comparent à celle d'Laghouat avec 14.1% .(44)

.Ainsi ces résultat objectif la persistance de l'insécurité dans la voie publique .

9. L'agent vulnérant :

Dans notre série, la majorité des cas sont représentaient par les agents naturelles (+coup de pied +coup de poing) avec proportion de 62% , suivie des armes contondantes (27%) et de 7 % pour les cas où il y a projection sur un plan dur .

On comparent ces résultats de ceux de Laghouat, où ils ont constaté que les objet contondant sont majoritaire avec un proportion de 37.8% suivie des agents naturelle avec 29.6% et 28.8%pour les objet naturelle et contendantes (12).

Cette différence peut être reflet d'origine culturelle, socio-économique.

10. Topographie des lésions :

Le siège de prédilection été les membres avec un pourcentage de 45.3% , suivi des traumatismes de l'extrémité céphalique avec un taux de 18.8% , comparé avec l'étude de CHU d'Annaba en 2013 qui montre des pourcentages suivants : l'extrémité céphalique 47.5% , les membres supérieures 47.5% , cela signifier que les lésions s'installe au niveau des régions de protection (les membres), lors d'une chute ou d'un impact imminent , le réflexe naturel de protection pousse la victime à projeter ses membres en avant pour amortir la choc. Inversement, l'extrémité céphalique représente une région exposée, vulnérable aux impacts directs et ne bénéficiant d'aucun barrière anatomique naturelle lorsque les mécanismes de défense sont débordés (11).

11. Type de lésion :

Les contusions représentent des lésions les plus constatées avec un taux de 49.7% , suivi par plaies avec un taux de 29.1% .Ces résultats sont cohérents avec l'étude de CHU d'Annaba de 2013 qui montre que 66% des lésions constatées représentent des contusions , d'autre résultat similaire de notre étude est celle de Laghouat ou les contusions étaient les plus notées avec un taux de 54.8% (11) (12).

Cette similarité signifié que la majorité des traumatismes résultent de l'application d'une force mécanique directe par un objet ou arme contondante.

12. L'incapacité totale de travail :

Dans notre série les ITT de moins de dix (10) jours représentent la grande majorités des cas étudiés avec un taux de 66.5%, à l'opposé, les ITT de longue durée (plus de 15 jours) ne concernent que 3.5% des cas .La confrontation de nos résultats avec ceux de l'étude de CHU d'Annaba en 2013 révèle des

similarités majeurs : ITT de un à huit jours :76% des cas , ITT de plus de quinze jours :3.5% des cas (11).

Ces résultats signifié que la majorité des violences et des accidents répertoriés engendre des conséquences fonctionnelles et anatomiques rapidement réversibles qui nécessitent rarement un repos prolongé pour la reprise des activités professionnels ou habituels.

La minorité des cas à longue ITT reflète la proportion restreinte des traumatismes sévères exigeant une prise en charge et une éviction prolongées.

13. Hospitalisation nécessaire :

Seuls 2% des patients de notre échantillon ayant bénéficié d'une prise en charge hospitalière, en comparaison avec une étude Saoudienne qui montre que seulement 3.8% des victimes nécessitent un séjour hospitalier. (45)

Ces résultats montre qu'il ya une constance internationale dans le profil de gravité des victimes indépendamment de la taille de l'échantillon. Cela est expliquer par le faits que les lésions documentés sont majoritairement mineurs ou superficielles et nécessitants uniquement des soins d'urgence et un traitement ambulatoire sans requérir un séjour hospitalier.

14. Orientation :

La grande majorité des patientes 89.4% n'a bénéficié d'aucune orientation vers un spécialiste, cela indique que les soins d'urgence et ambulatoires dispensées initialement suffisent.

Parmi les rares patients ayant nécessité une orientation, 1.8% seulement ayant orienté vers un psychologue, comparant avec l'étude de l'INSP qui rapporte 17% de prise en charge psychologique. Cette différence est expliquée par les faibles critères de gravité psychologique immédiate dans notre population. (46)

Pour les orientations de traumatologie 4.1%, ophtalmologie 2.4% et ORL 1.8%, cela démontre que les orientations sont dictées par des besoins cliniques précis et immédiats liées à la topographie des lésions

Recommandations

Au regard des résultats de notre étude , il apparait que les violences physique subies aux femmes surviennent majoritairement dans un contexte conjugal et ex-conjugal . Ces violences peuvent entrainer des conséquences importantes, notamment des lésions corporelles, mais également des répercussions psychologique susceptibles d'affecter durablement la qualité de vie des victimes sur les plans personnel, familial, social et parfois économique.

Face à cette réalité, il apparait nécessaire de renforcer les mesures de prévention et de protection des femmes exposées aux violences. Cela asse notamment par une meilleure sensibilisation de la population , un dépistage précoce des situation de violence, une prise en charge globale et adaptée des

victimes, ainsi qu'un renforcement des dispositifs médico-légaux ,sociaux et juridiques permettant d'assurer leur protection et de prévenir la répétition des violences.

Conclusion:

La violence faite aux femmes est un phénomène universel. Elle est classée un problème de santé publique par L'OMS. L'Algérie depuis de longues années a parcouru du chemin dans le processus de la lutte contre la violence faite aux femmes. Mais, ce phénomène demeure encore omniprésent et fréquent dans notre société.

Nous avons pu conclure que connaître le profil des femmes victimes de violences, et les caractéristiques de la violence subie, permettrait non seulement aux médecins, mais aussi aux autres acteurs de la santé et agents sociaux d'intervenir et de prendre adéquatement en charge les femmes victimes de violences.

Il serait intéressant d'étudier des aspects plus spécifiques de la violence, surtout celle conjugale afin de développer des outils, méthodes et moyens qui permettraient aux agresseurs et aux victimes de sortir de ce cycle de violence. Le rôle du médecin pour y parvenir est donc primordial. Beaucoup reste à faire pour familiariser et sensibiliser la société à la réalité de la violence basée sur le genre et faire en sorte que les femmes victimes obtiennent un soutien et des traitements adéquats.

Bibliographie :

- 1 . Institut national des statistiques et des études économiques. Population et démographie: femmes et violences. Dossier d'octant n°50. bretagne; 2007.
2. Lecomte D, Tucker ML, Fornes P. Homicide in women: a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. J Clin Forensic Med. 1998;5:15–6.

3. Walls M, Vallud-Belkacem N. Lutte contre les violences intrafamiliales [Internet]. [cited 2018 Apr 3]. Available from: <http://www.interieur.gouv.fr/Presse/Les-communiqués/Lutte-contre-les-violences-intrafamiliales>.
4. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco A De, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de- France. Med LA Med FACTUELLE A NOS Prat. 2014;10(9):423–8.
5. Gigandet M, Seitenfus L, Terzidis A, Vasconcelos ML. La violence est inacceptable. Violences sexuelles contre les femmes, que faire ? Viol-Secours L, LAVI le C, (SPPE) le S pour la promotion de l'égalité entre homme et femme, editors. GENEVE; 2010.
6. Escard E, Torreggiani C, Theler J, Guessous I. En première ligne face aux violences domestiques et sexuelles : attitudes et représentations des professionnels de santé. :387–402.
7. OMS. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. 2007
8. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women ' s Health and Domestic violence against women. 2005
9. Haut commissariat au plan. Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l ' égard des femmes au Maroc. MAROC; 2009
10. CNCPPDH. Comparatifs des violences à l'égard des femmes (2014-2015)).
11. (Mellouki, Y. (2015). Aspects épidémiologiques et médico-légaux des violences conjugales à travers l'activité des services de médecine légale du CHU d'Annaba.)
12. (Pr. R Belhadj .(2021-2022). Facteurs de risques et conséquences de violences conjugales sur la santé des femmes consultantes au niveau de service de médecine légale de Laghouat . Université d'Alger1)
13. (WALKER L. THE BATTERED WOMAN. 1979)
14. (Khelil, F. et Gacem, S. (2023). Guide juridique pratique à l'usage des femmes en Algérie. Friedrich-Ebert-Stiftung)
15. (McDougall, J., & Cook, K. (2023). Exploring Categories of Family Violence Across the Lifespan: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380231169486.)
16. (MIPROF. (2018). *Les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes dans l'espace public : Synthèse statistique - Mars 2018*. Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes.)

17. "Étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes" (publié initialement en 2005).)
18. Derome, W. (1920). Précis de médecine légale. Montréal : Beauchemin .
19. M. Dorigon- Pratique médico-légale . 2ème édition actualisée. Paris, Masson, 2007
20. Knight B : Forensic pathology. London, Edward Arnold, 1991
21. Collège Français des Enseignants en Médecine Légale. (2020). Médecine légale et droit médical. Elsevier Masson.
22. Dr. I. BEKKOUCHE. (2020). La constatation des blessures. Cour Universitaire
23. Payne-James, J., Jones, R., Karch, S., & Manlove, J. (2011). Simpson's forensic medicine (13th ed.) CRC Press.
24. Physicians for Human Rights. (2019). *Guide d'accompagnement du certificat médical : Pour les victimes de violences sexuelles en République démocratique du Congo*.
25. Haleblan Avocat. (n.d.). *L'incapacité temporaire de travail (ITT)*.
26. Zribi, M., Ben Amar, W., Feki, N., Khemekhem, Z., Hammami, Z., Bardaa, S., & Maatoug, S. (2018). Évaluation de l'incapacité totale temporaire et étude des conséquences médico-légales : activité du service de médecine légale de Sfax. *Journal de l'Institut de Médecine de Sfax*, 28, 55-60
27. Generale DESDM. Université de Nantes _____. 2013;
28. Code de déontologie médicale algérien. Décret exécutif n° 92/276 du 06/07/1992.
29. Code civil algérien. Ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil modifiée et complétée. Secrétariat Général du Gouvernement, année 2007.
30. Code pénal algérien. Ordonnance n° 66-156 du 08 juin 1966 portant code pénal modifié et complétée. Secrétariat Général du Gouvernement, année 2007.
31. Presse C. En France, tous les quatre jours, une femme meurt victime de violences conjugales... ****. 2005;
32. Dr. I. BEKKOUCHE. (2022). Levée de corps. Service de Médecine légale CHU Mustapha. cour universitaire.
33. BEAUTHIER J.P : Traité de médecine légale Ed De Boeck Université, Bruxelles 2008
34. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? *Presse Med* [Internet]. 2004;33(22). Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/102121>

- 35.Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco A De, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage Et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. Med LA Med FACTUELLE A NOS Prat. 2014 ;10(9) :423–8.
- 36.Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolutions des pratiques en 10 ans. Paris 6; 2012
- 37.Fériel Khelil, & Saadia Gacem. (2023). Guide juridique pratique à l'usage des femmes en Algérie. Réseau Wassila/Avife. ISBN 978-9931-551-34-8.
- 38.Institut Européen de la Méditerranée. (s.d.). IEMed. <https://www.iemed.org> 
- 39.thèses de doctorat en médecine de Casablanca, Rabat ou Fas, « Profil épidémiologique des victimes de violences volontaires».
40. Yapo, B.,et al. Profil des victimes de traumatismes par agression au CHU de Bouaké/Abidjan.
- 41.Borgelyn, G.(2019).Etude des profils des femmes victimes de violences , de leurs agresseurs et des caractéristiques de la violence subie [Thèse de doctorat en médecine, Université Mohammed Premier, Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda].
42. Observatoire national des violences faites aux femmes. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes [Internet]. 2015. Available from: stop-violences-femmes.gouv.fr%0AN°
- 43.<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>)
44. Benyagoub M. Facteurs de risque et conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes consultantes au niveau du service de médecine légale de Laghouat [thèse de doctorat en médecine]. Alger: Université d'Alger 1, Faculté de médecine; 2022.
45. Wmk. Domestic Violence among Women in Jaddah. J Womens Health Care [Internet]. 2017 [cité 20 janv 2022] .
- 46_ institut national de santé publique (INSP), Algérie. Rapport sur le système de collecte des données relatives aux femmes victimes de violence.

