

SOMMAIRE — CONTENTS

Journal de Médecine Légale Droit Médical *Journal of Forensic Medicine*

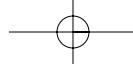
2008 – VOL. 51 – N° 6 – OCTOBRE / OCTOBER

Articles originaux / Original Articles

Homicides sur le lieu de travail : une étude autopsique sur une période de 15 ans, T. Houzel, S. Grassin-Delyle, J.-C. Alvarez, M. Durigon, G. Lorin de la Grandmaison	279
<i>Workplace Homicides: A Forensic Autopsy Series, 1993-2007</i>	
Les malades mentaux irresponsables : des malades comme les autres ? Profil de 21 malades mentaux, criminels irresponsables, F. Caussé, E. Aguilar, J.-Ph. Boulenger, E. Baccino	285
<i>Irresponsible Mentally Ill Persons: Are They Like Other Patients? A Profile of 21 “Criminally Irresponsible” Patients</i>	
Diagnostic différentiel de fractures osseuses d'écrasement/enfouissement peri-mortem et de fragilisation/fragmentation post-mortem. Comparaison de données ostéo-archéologiques et anthro- pologiques médico-légales, P. Charlier, O. Ferrant, I. Huynh-Charlier, A.I. Sundström, P. Alström, A.L. Schällin, M. Durigon, G. Lorin de la Grandmaison	301
<i>Differential Diagnosis Between Crusing/Burying Peri-Mortem and Fragilization/Fragmentation Post- Mortem Bone Lesions? Comparison of Osteo-Archaeological and Forensic Anthropological Data</i>	
De la comparution pénale du malade mental déclaré irresponsable, F. Caussé, E. Aguilar, J. Ch. Coffin, G. Moutel, I. François Purssell, J.-Ph. Boulenger, E. Baccino, Ch. Hervé	321
<i>The Appearance in Court of Irresponsible Mentally Ill Persons</i>	

Bulletin d'abonnement 2009 / Subscription form 2009, **278**

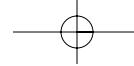
Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors, **couv. 3**



ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2009

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N°s) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	239 €	298 €	286 €	346 €	148 €
Nouvelle revue : Médecine Sexuelle (4 N°s)	54 €	79 €	64 €	84 €	—
Journal d'Économie Médicale (8 N°s)	185 €	229 €	221 €	269 €	114 €
Journal International de Bioéthique (4 N°s) <i>International Journal of Bioethics</i>	134 €	167 €	161 €	193 €	—

Nom / Name	Prénom / First name.....
Adresse / Address
Code postal / Zip cod	Ville / Town
Pays / Country
Je désire m'abonner à la revue de / I wish to subscribe to	
« Journal de Médecine Légale Droit Médical » (bilingue) <input type="checkbox"/>	
« Médecine Sexuelle » <input type="checkbox"/>	
« Journal d'Économie Médicale » <input type="checkbox"/>	
« Journal International de Bioéthique » (bilingue) <input type="checkbox"/>	
Nombre d'abonnements <i>Number of subscriptions</i>	□
Ci-joint la somme de / Please find enclosed the sum of €	
à l'ordre des Éditions ESKA / made payable to Éditions ESKA	
(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement). (An invoice will be sent to you to acknowledge payment).	
Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :	
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE	

*Article original / Original Article*

Homicides sur le lieu de travail : une étude autopsique sur une période de 15 ans

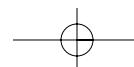
**T. HOUZEL¹, S. GRASSIN-DELYLE², J.-C. ALVAREZ², M. DURIGON¹,
G. LORIN DE LA GRANDMAISON¹**

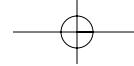
RÉSUMÉ

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive portant sur les cas d'homicide volontaire survenus sur le lieu de travail à partir de tous les cas d'homicide survenus de 1993 à 2007 et pour lesquels une autopsie médico-légale a été réalisée. 21 cas ont été observés, représentant 2,7 % des cas d'homicide pendant cette période. La très grande majorité des victimes était des hommes d'âge moyen égal à environ 47 ans. Le secteur d'activité professionnelle le plus représenté était une activité commerciale (57 % des cas). En ce qui concerne les motifs d'agression, il s'agissait d'un braquage dans la majorité des cas (47 % des cas). Dans 66,6 % des cas, le ou les auteurs de l'agression étaient inconnus de la victime. La cause du décès était secondaire à des lésions par projectile d'arme à feu dans 85,7 % des cas. Les facteurs de risque et les mesures de prévention d'homicide sur le lieu de travail sont discutés à partir des données de la littérature.

Mots-clés : Homicide, Lieu de travail, Autopsie médico-légale.

1. Service d'anatomie pathologique et de médecine légale,
2. UF de Pharmaco-toxicologie,
Hôpital Raymond Poincaré, 104, boulevard Raymond Poincaré, 92380 GARCHES (France).





SUMMARY

Workplace Homicides: A Forensic Autopsy Series, 1993-2007

A retrospective descriptive study was performed on workplace homicide cases which were selected from all homicide autopsy cases which occurred from 1993 to 2007. 21 workplace homicide cases were found, corresponding to 2.7% of all homicide cases. Most of the cases were male victims whose mean age was 47 years old. The occupational activity of the victim was commercial in 57% of the cases. Homicide occurred during a robbery in 47% of the cases. The offenders were strangers to the victims in 66.6% of the cases. Injuries from firearms caused death in 85.7% of the cases. Risk factors and prevention measures of workplace homicide are discussed in this article according to the literature.

Key-words: Homicide, Workplace, Forensic autopsy.

I. INTRODUCTION

Plusieurs études américaines ont été publiées sur les homicides survenant sur le lieu de travail [1-3, 5, 7-11]. Sur le plan épidémiologique, l'homicide représente en effet la deuxième cause de décès au Etats-Unis après les accidents de la voie publique (AVP) pour une population de 306 millions d'habitants [1]. Il a ainsi été recensé 8 672 victimes d'homicide sur le lieu de travail entre 1992 et 2001 aux Etats-Unis [2]. Une décroissance significative du taux d'homicide sur le lieu de travail aux Etats-Unis a toutefois été observée [3], cette décroissance étant la plus marquée pour la catégorie professionnelle des chauffeurs de taxi. En France, les deux premières causes d'accidents mortels du travail sont les AVP et les chutes de hauteur [4]. Il n'existe par contre pas de données récentes relatives aux homicides sur le lieu de travail en France. Notre étude s'est ainsi proposée de faire un état des lieux à partir d'une série d'autopsies médico-légales sur une période de 15 ans.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'étude a porté sur l'ensemble des cas d'homicides volontaires dont l'autopsie a été réalisée dans le service d'anatomie pathologique et de médecine légale de l'hôpital Raymond Poincaré de 1993 à 2007. Ces autopsies ont été respectivement ordonnées par le parquet du Tribunal de Grande Instance de Pontoise (95), Versailles (78), Nanterre (92) et Chartres (28).

A partir de ces autopsies ont été rétrospectivement sélectionnés tous les cas d'homicides volontaires survenus sur le lieu de travail. Pour chaque cas sélectionné ont été respectivement rapportés :

- ✓ La date, le jour et l'heure de l'agression ;
- ✓ Le nombre et le sexe du ou des agresseurs ;
- ✓ L'âge et le sexe de la victime ;
- ✓ Le secteur d'activité professionnelle où travaillait la victime au moment des faits ;

- ✓ Le motif de l'agression lorsqu'il était connu ;
- ✓ La relation existante entre la victime et son ou ses agresseurs ;
- ✓ La cause de décès ;
- ✓ Les données des analyses toxicologiques lorsque celles-ci étaient disponibles.

III. RÉSULTATS

De 1993 à 2007 ont été réalisées dans le service 4 762 autopsies médico-légales. Pendant cette période, 21 cas d'homicides volontaires sur le lieu de travail ont été observés, soit environ 2,7 % de l'ensemble des cas d'homicide (n=772).

La fréquence annuelle de ce type d'homicide pendant la période de l'étude était comprise entre 0 et 4. L'agression est survenue respectivement de nuit (entre 22 h et 7 h du matin) dans 9 cas et pendant un week-end dans 6 cas.

Dans les 21 cas d'homicide, le ou les agresseurs étaient de sexe masculin.

Les victimes étaient des hommes dans la grande majorité des cas (n=20). La moyenne d'âge des victimes était de 46,7 ans (29-73 ans). Le tableau I pré-

Secteur d'activité professionnelle	Nombre de cas (%)
Activité commerciale	12 (57)
Agence bancaire	2 (11)
Entreprise de Bâtiment et Travaux Publics	2 (11)
Employé dans un atelier de bijouterie	2 (11)
Agent municipal (service de nettoyage)	1 (5)
Employé de la poste (facteur)	1 (5)
Agent de police (gardien de la paix)	1 (5)

Tableau I : Secteurs d'activité professionnelle où sont survenus les homicides.

sente les secteurs d'activité professionnelle où sont survenus les homicides. Le secteur d'activité le plus représenté était l'activité commerciale (57 % des cas). Cinq victimes exerçaient une activité commerciale dans le secteur alimentaire (de type épicerie, débit de boisson ou restaurant). Sept victimes exerçaient une activité commerciale dans d'autres secteurs (boîte de nuit dans 4 cas, antiquaire dans un cas, chauffeur de taxi dans un cas, forain dans un cas).

En ce qui concerne les motifs d'agression, il s'agissait d'un braquage dans la majorité des cas (n=10 soit 47 % des cas). Quatre cas résulttaient d'une altercation sur le lieu de travail. Quatre cas correspondaient à un règlement de compte survenant dans le milieu des boîtes de nuit. Il existait un contexte de violences intra-familiales dans deux cas. Pour l'un de ces deux cas, l'auteur des faits qui était le mari de la victime s'est suicidé après avoir tué son épouse alors que celle-ci faisait sa tournée de distribution du courrier. Il existait une notion de violences conjugales avant les faits. L'autre cas correspondait à un forain victime d'un tir par arme à feu, l'agresseur étant un membre de sa famille. Il existait entre les deux protagonistes un important contentieux relatif à des intérêts familiaux. Un cas correspondait à une interpellation au cours de laquelle un gardien de la paix est victime d'un tir par arme à feu. Enfin, un cas correspondait à l'homicide par arme à feu d'un chauffeur de taxi par un tueur en série. L'agresseur avait tiré à trois reprises à travers le fauteuil conducteur au terme de la course.

La figure 1 présente la répartition des principales causes de mort observées parmi les cas d'homicides survenus sur le lieu de travail. Il s'agissait dans la majorité des cas de blessures par projectile d'arme à feu (n=18). Un cas est décédé de deux blessures abdominales par arme blanche. Un cas est décédé d'un traumatisme crânio-encéphalique secondaire à une chute provoquée résultant d'une altercation entre ouvriers non qualifiés d'une entreprise de bâtiment et travaux publics. La hauteur de la chute était de 3 mètres. Un cas est décédé d'un polytraumatisme secondaire à un franchissement par un camion. La victime était un agent municipal conduisant un véhicule balayeuse impliqué dans un accident de la voie publique (AVP) avec le conducteur d'un camion. Cet AVP avait uniquement entraîné des dégâts matériels. Au moment d'établir le constat, le conducteur du camion aurait refusé de coopérer. La victime a été franchie par le camion alors qu'elle s'était placée devant le camion pour l'empêcher de prendre la fuite.

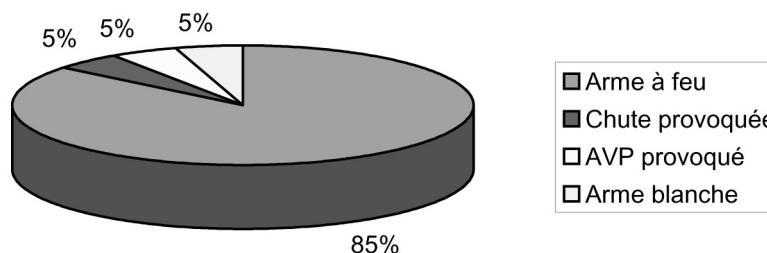
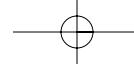


Figure 1 : Répartition des principales causes de mort observées parmi les cas d'homicides survenus sur le lieu de travail.

Dans la majorité des cas, le ou les auteurs de l'agression étaient inconnus de la victime ($n=14$, soit 66,6 % des cas). Dans les autres situations, il s'agissait respectivement d'un client dans 3 cas, d'un collègue de travail dans 2 cas et d'un membre de la famille dans 2 cas.

Dans 4 cas, il existait la notion d'une lutte entre la victime et son ou ses agresseurs.

Sur le plan toxicologique, les données toxicologiques étaient disponibles dans 14 cas. Parmi ces cas, l'alcoolémie était positive dans 5 cas. Les taux d'alcoolémie constatés allaient de 0,1 g/l à un maximum de 1,7 g/l. Le taux d'alcoolémie de 1,7 g/l a été constaté chez la victime qui exerçait la profession de gérant de débit de boissons. Un seul cas présentait des taux sanguins supra-thérapeutiques de triflupéridol (Tripéridol) à une concentration de 0,10 µg/ml et des traces de benzodiazépines dans les urines avec une concentration de clobazam (Urbanyl) égale à 322 ng/ml.

IV. DISCUSSION

D'après les résultats de notre étude, la proportion d'homicide survenant sur le lieu de travail est faible, représentant moins de 3 % des cas d'homicide sur une période de 15 ans. Les victimes sont très majoritairement des hommes (95 %). Sur le plan épidémiologique, les femmes présentent un risque d'homicide sur le lieu de travail plus faible par rapport aux hommes [5]. Cette prépondérance de victimes masculines peut s'expliquer par les professions concernées, exercées le plus souvent par des hommes (gérant de commerce, gérant de boîte de nuit, directeur de banque, gardien de la paix, chauffeur de taxi). Un autre élément d'explication est d'ordre psychologique. Une réaction inadéquate de la victime face à son agresseur ou à ses agres-

seurs pourrait être mise en cause, en rapport avec une tendance plus masculine soit de se défendre soit de prendre des risques inconsidérés. Ainsi dans un des cas observés, la victime est une personne âgée de 69 ans, antiquaire joaillier qui a effectué seule une transaction financière à son domicile avec trois individus. Sous la menace d'armes, les individus ont exigé l'ouverture de son coffre. La victime s'est alors défendue au lieu de se soumettre devant la menace pour sa vie. Dans le cas de l'AVP provoqué cité précédemment, la victime a tenté de bloquer le véhicule de son agresseur en se positionnant devant lui, prenant un risque inconsidéré, alors qu'il aurait pu noter le numéro d'immatriculation du véhicule de l'agresseur.

L'âge moyen des victimes était d'environ 47 ans. Deux cas présentaient un âge dépassant la tranche d'âge de la retraite (60-65 ans), l'un étant un antiquaire joaillier âgé de 69 ans, l'autre un gérant d'épicerie âgé de 73 ans. Ces deux cas correspondent à des professions libérales, en contact avec le public et donnant lieu à des transactions d'argent ou d'objets de grande valeur. Contre toute attente étant donné leur âge, ces deux victimes se sont défendues. On peut noter que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la série est assez grande (9,5 % des cas), comparée à la relative faible proportion de personnes travaillant actuellement en France après l'âge de 65 ans, qui est estimée à 4,8 % d'après l'enquête emploi de l'INSEE de 1995 [6]. Du fait de la petite taille de la population étudiée, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit d'un pourcentage représentatif à l'échelle nationale. Toutefois, cette constatation soulève la question du risque d'agression à type de braquage sur leur lieu de travail que présentent les personnes âgées, compte tenu de leur plus grande vulnérabilité physique. Cette question a d'autant plus de légitimité à être posée que l'augmentation de l'âge de la retraite est actuellement discutée. Nos constatations s'accordent avec les résultats

de la série de Davis portant sur 779 cas d'homicide sur le lieu de travail au Texas [7] qui montraient que le risque d'homicide était 3,5 fois supérieur chez les hommes âgés ≥ 65 ans par rapport aux hommes de moins de 65 ans.

Concernant les motifs d'agression, le motif crapuleux par braquage est prépondérant, tous les braquages ayant été réalisés avec une arme à feu. Les métiers pris pour cibles ont une réserve d'argent ou de biens de valeur rapidement disponible (à type de commerce, restaurant, banque, joaillier). Cette prépondérance des braquages est un des éléments permettant d'expliquer que la principale cause de décès dans notre série soit représentée par des blessures par projectile d'arme à feu. Le deuxième motif d'agression est l'altercation, avec dans tous ces cas la notion d'une dispute verbale et/ou d'un échange de coups ayant précédé l'homicide. Deux cas correspondaient à une altercation entre collègues de travail, alors que dans les autres situations le ou les agresseurs n'étaient pas connus de la victime.

Les deux cas qui s'inscrivent dans le cadre familial sont très différents par le contexte. Dans les deux situations observées, les problèmes de la sphère privée font irruption dans le cadre de la vie professionnelle. Le cas du chauffeur de taxi agressé par un tueur en série met en évidence la vulnérabilité de ces professionnels à ce genre d'agression.

Dans notre série, nous n'avons pas observé de cas d'homicide dans un contexte d'harcèlement moral ou d'harcèlement sexuel. Ce type de situations a déjà été rapporté dans la littérature [8].

Les résultats de notre étude sont assez similaires à ceux d'une étude réalisée en 2002 à Chicago sur 940 homicides au lieu de travail [9]. L'âge médian des victimes était de 42 ans. Les armes à feu étaient impliquées dans 83 % des cas et le vol était le motif le plus souvent retrouvé (62 % des cas). Le lieu le plus fréquent des homicides était un débit de boissons dans 22 % des cas, avec la notion d'une alcoolisation aiguë chez les employés dans près de 50 % des cas. Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à être tuées par des proches (40 % vs 6 % des cas). D'après cette étude, l'un des facteurs de risque d'homicide sur le lieu de travail identifié était l'abus d'alcool. Il n'est pas possible de confirmer l'existence de ce facteur de risque à partir des données de notre population du fait que les analyses toxicologiques étaient manquantes pour un nombre non négligeable de cas et que les données toxicologiques relatives aux agresseurs ne nous étaient pas connues. D'autres facteurs

de risque d'homicide sur le lieu de travail ont été identifiés d'après les données de la littérature [1, 10-12] : un lieu de travail ouvert au public, un travail impliquant des transactions d'argent, le fait de travailler seul, une période de travail pendant la nuit ou les week-ends, un lieu de travail situé dans des zones géographiques à forte criminalité, l'ouverture ou le déménagement de la société moins de deux ans avant les faits. Certaines professions sont plus à risque d'homicide, en particulier les chauffeurs de taxi, les employés de bars ou de boîtes de nuit, les employés de stations à essence ainsi que les gérants d'épicerie ou de petits commerces de proximité [7, 13-14]. D'après Loomis *et al.* [1], le risque d'homicide lié à la période de travail existe indépendamment du type d'activité professionnelle de la victime. D'après cette même étude, il existe un risque plus élevé d'homicide dans les lieux de travail où ne sont employés que des hommes ou bien des employés d'origine ethnique non-européenne. Une étude [15] a identifié un autre facteur de risque qui est le port d'armes à feu chez les employés lorsqu'il est autorisé par l'employeur. D'après cette étude [15], le risque d'homicide est environ 5 fois plus élevé dans les lieux de travail où les armes à feu sont autorisées par rapport aux lieux de travail où les armes à feu sont interdites.

En matière de violence sur le lieu de travail, les actions préventives qui peuvent être menées ont pour but d'éviter les agressions, ou à défaut d'en limiter les conséquences si elles surviennent. Elles peuvent être structurelles en intégrant la sécurité dans la conception des locaux ou en repérant les lieux et les horaires à risque. Elles peuvent être organisationnelles en prévoyant des contrôles d'accès, en engageant des agents de sécurité pour assurer la surveillance, en prévoyant des agents de sécurité pouvant intervenir en cas de situation tendue, en évitant la surcharge de travail et la souffrance psychologique du personnel. Enfin elles peuvent être humaines en créant de bonnes conditions de travail. Ces actions vont de paire avec un effort de formation du personnel travaillant notamment auprès de public en difficulté ou en zone sensible, pour reconnaître les signes avant coureur, ne pas provoquer ou aggraver une situation, et savoir gérer une situation tendue. La mise en place de mesures efficaces de prévention dépend aussi de la possibilité de déterminer correctement les facteurs de risque pour le poste de travail en question [1]. Des mesures de prévention de braquage lorsqu'elles sont mises en place peuvent être de nature à réduire le risque d'homicide sur le lieu de travail. Elles ont par contre peu d'effet pour la prévention d'autres types de violence sur le lieu de tra-

vail [16]. L'étude de Loomis *et al.* [16] a montré qu'en matière de mesures environnementales, l'une des mesures la plus efficace était la mise en place d'une barrière physique entre les employés et le public, réduisant le risque d'homicide de 40 %. Une autre mesure bénéfique en terme de risque était l'augmentation de la visibilité de l'intérieur des locaux professionnels par un éclairage externe puissant. Les mesures de prévention de nature administrative étaient plus efficaces par rapport aux mesures environnementales en ce qui concerne la réduction du risque d'homicide [16]. Ces mesures administratives correspondaient respectivement à ne pas laisser travailler seul un employé, en particulier de nuit ainsi qu'à restreindre l'accès aux locaux professionnels à des personnes non employées en gardant les portes d'entrée des locaux professionnels fermées.

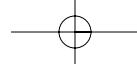
Les homicides sur le lieu de travail soulèvent la question de leur reconnaissance en tant qu'accidents du travail. Les homicides qui surviennent au temps et au lieu du travail sont traités comme tout autre accident, avec bénéfice de la présomption d'imputabilité. Cela signifie que la caisse ne pourra refuser la prise en charge que si la preuve est apportée que l'accident est survenu alors que la victime s'était soustraite à l'autorité de l'employeur, ou qu'il a une cause totalement étrangère au travail. Dans tous les autres cas, l'accident (dans ce cas, l'homicide) est légalement présumé être un accident de travail selon le principe énoncé à l'article L411-1 du Code de la sécurité sociale : « l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail ».

Deux arrêts de la cour de cassation font jurisprudence dans ce sens [17-18].

Dans le cas particulier où l'assassin serait ayant droit de la victime (situation où la victime est assassiné par son conjoint, sur les lieux du travail) celui-ci est déchu de tous ses droits, qui sont transférés sur la tête des enfants ou autres ayants droit (article L. 453-1 du code de la SS). ■

V. BIBLIOGRAPHIE

- [1] LOOMIS D., WOLF S.H., RUNYAN C.W., MARSHALL S.W., BUTTS J.D. – Homicide on the job: Workplace and community determinants. *Am. J. Epidemiol.* 2001, 154, 5, 410-417.
- [2] HARTLEY D., BIDDLE E.A., JENKINS E.L. – Societal cost of workplace homicide in the United States, 1992-2001. *Am. J. Ind. Med.* 2005, 47, 6, 518-527.
- [3] HENDRICKS S.A., JENKINS E.L., ANDERSON K.R. – Trends in workplace homicides in the U.S., 1993-2002: a decade of decline. *Am. J. Ind. Med.* 2007, 50, 4, 316-325.
- [4] Rapport de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 2006. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/BROCHURE%20EM%20%20%PAR%20CTN.pdf
- [5] JENKINS E.L. – Homicide against women in the workplace. *J. Am. Med. Womens Assoc.* 1996, 51, 3, 118-9.
- [6] Enquête emploi de l'INSEE, 1995. <http://www.insee.fr/fr/ppp/ir/acceuil.asp?page=EEC05/cad/cadrage.htm>
- [7] DAVIS H. – Workplace homicides of Texas males. *Am. J. Public Health* 1987, 77, 1290-3.
- [8] MORRISON K.A. – A case of stalking in the workplace and subsequent sexual homicide. *Forensic Sci.* 2007, 52, 3, 726-30.
- [9] HEWITT J.B., LEVIN P.F., MISNER S.T. – Workplace homicides in Chicago. Risk factors from 1965 to 1990. *AAOHN J.* 2002, 50, 9, 406-12.
- [10] KRAUS J.F., BLANDER B., McARTHUR D.L. – Incidence, risk factors and prevention strategies for work-related assault injuries: a review of what is known, what needs to be known, and countermeasures for intervention. *Annu. Rev. Public Health* 1987, 77, 1285-9.
- [11] HEWITT J.B., LEVIN P.F. – Violence in the workplace. *Annu. Rev. Nurs. Res.* 1997, 15, 81-99.
- [12] AMANDUS H.E., HENDRICKS S.A., ZAHM D., *et al.* – Convenience store robberies in selected metropolitan areas. Risk factors for employee injury. *J. Occup. Environ. Med.* 1997, 39, 442-7.
- [13] TOSCANO G. – Workplace violence: an analysis of bureau of labor statistic data. *Occup. Med.* 1996, 11, 227-35.
- [14] CASTILLO D.N., JENKINS E.L. – Industries and occupations at high risk for work-related homicide. *J. Occup. Med.* 1994, 36, 125-32.
- [15] LOOMIS D., MARSHALL S.W., TA M.L. – Employer policies toward guns and the risk of homicide in the workplace. *Am. J. Public Health* 2005, 95, 5, 830-2.
- [16] LOOMIS D., MARSHALL S.W., WOLF S.H., RUNYAN C.W., BUTTS J.D. – Effectiveness of safety measures recommended for prevention of workplace homicide. *JAMA*, 2002, 287, 8, 1011-7.
- [17] Arrêt de la cour de cassation, chambre sociale en date du 15 juin 1995 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007034465&fastReqId=27211114&fastPos=1>
- [18] Arrêt de la cour de cassation, chambre sociale en date du 10 juin 1987 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007018583&fastReqId=1434542216&fastPos=1>



Article original / Original Article

Les malades mentaux irresponsables : des malades comme les autres ? Profil de 21 malades mentaux criminels irresponsables

F. CAUSSÉ^{1,2}, E. AGUILAR¹, J.-PH. BOULENGER¹, E. BACCINO²

RÉSUMÉ

Les liens entre maladie mentale et violence ou criminalité sont bien étudiés. Toutefois, peu de travaux portent uniquement sur les populations des patients criminels ayant été irresponsabilisés après la prononciation de l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal.

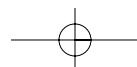
L'objectif de cette étude sur 21 patients admis en hospitalisation d'office judiciaire à l'hôpital psychiatrique de la Colombière entre 2003 et 2006 est de décrire leur profil épidémiologique, leur parcours et leur passage à l'acte puis de comparer les résultats à ceux trouvés dans la littérature internationale.

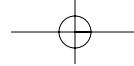
La population est composée de 19 hommes et de 2 femmes d'âge moyen de 36 ans et 2 mois, célibataires pour 61,90 %, avec un soutien relationnel pauvre pour 2/3 d'entre eux et un niveau scolaire secondaire pour 2/3 d'entre eux. Ils sont en majorité sans emploi ; plus de la moitié (57,14 %) ont une mesure de protection des biens et perçoivent l'AAH 76,2 % sont des schizophrènes suivis en psychiatrique mais en rupture thérapeutique au moment des faits. Au sujet de leurs antécédents, 61,9 % sont déjà auteurs de coups et blessures et 10 % d'homicides. Durant l'enfance, 33,3 % ont connu des carences, 42,86 % ont connu des ruptures précoces et 24 % ont subi des violences. La victime est connue de l'auteur dans 76,19 % des cas et le sujet a déjà été violent à l'égard de cette personne par le passé dans 42,86 % des cas. Il s'agit essentiellement de violences physiques (95,24 %) commises avec des armes d'opportunité (55 % des cas).

1. Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronnie, 34295 MONTPELLIER Cedex 5 (France).

2. Service de Médecine Légale, CHU de Montpellier, Hôpital Lapeyronnie, 34295 MONTPELLIER Cedex 5 (France).

francoise-causse@chu-montpellier.fr





Les facteurs de risque de dangerosité retenus et identifiés dans la littérature sont retrouvés chez la majorité de nos patients. Pourtant, il semble que malgré ces éléments, les patients irresponsables de notre groupe présentent certaines particularités qui ne sont pas négligeables. La poursuite de recherches sur les liens entre maladie mentale et violence chez les patients irresponsables paraît indispensable pour améliorer nos connaissances et leur prise en charge.

Mots-clés : Dangerosité psychiatrique, Irresponsabilité pénale, Article 122-1 alinéa 1.

SUMMARY

Irresponsible Mentally Ill Persons: Are They Like Other Patients? A Profile of 21 “Criminally Irresponsible” Patients

The links between mental illness and violence or crime have been much studied. Nevertheless, little work has been conducted on only the population of criminal patients who were declared irresponsible under the first paragraph of article 122-1 of the Penal Code.

The aim of this study of 21 patients hospitalized at the Psychiatric Hospital of Colombière between 2003 and 2006 was to describe their epidemiological profiles and how they committed their crimes then to compare the results to those found in international literature.

The population was composed of 19 men and 2 women with a mean age of 36 years and 2 months, 61.90% were single, 2/3 of them had poor relational support and 2/3 of them had reached secondary school studies. Most were unemployed; more than half (57.14%) were under guardianship and received disability benefits, 76.2% were schizophrenics under psychiatric supervision but were not under-going treatment at the time the act was committed. Regarding their backgrounds, 61.9% had already committed physical violence and inflicted injuries and 10% had committed homicides. During childhood, 33.3% had had a poor upbringing, 42.86% had early divorces and 24% were victims of abuse. The victim was known to the perpetrator in 76.19% of cases and had already been a victim of prior violence by this person in 42.86% of cases. Most cases involved physical violence (95.24%) committed with weapons easily at their disposal (55% of cases).

The risk factor of the level of dangerousness identified in the literature were found in the majority of our patients. However, it seems that, despite these elements, the irresponsible patients of our group showed certain features which cannot be neglected. Continuing research on the links between mental illness and violence in irresponsible patients seems indispensable in order to improve our knowledge and their treatment and care.

Key-words: Psychiatric Dangerousness, Penal Irresponsability, Article 122-1 paragraph 1.

INTRODUCTION

L'irresponsabilité du malade mental est une question d'actualité sociale et judiciaire comme le prouvent plusieurs rapports où elle est évoquée :

- ✓ « Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive », rapport Burgelin en avril 2005 [32] ;
- ✓ Rapport sur le « Projet de réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale des malades mentaux », Rapport Ligier en juin 2004 [33].

C'est dans les suites de plusieurs faits divers [15, 16, 17, 18] où les auteurs ont été déclarés irresponsables, qu'un mouvement de réflexion autour de ce concept ancien s'est élevé. Lorsque l'on retrace l'histoire de l'irresponsabilité pénale, on se rend compte que le regard de la société sur le malade mental évolue au fil des époques et des cultures [4, 22]. La responsabilité du malade mental ou son irresponsabilité varient en fonction des attentes et des référentiels culturels. La France se situe à l'heure actuelle dans une période sécuritaire où la « tolérance pénale zéro » [28] est souvent évoquée. Les associations de victimes [7] prennent une part de plus en plus importante au débat judiciaire, certains groupes de magistrats se questionnent également au sujet de l'irresponsabilité [21].

Les conséquences concrètes de cette évolution sont à l'heure actuelle :

- ✓ Le nombre de cas d'irresponsabilité est à ce jour très bas [32] ;
- ✓ Les patients déclarés responsables de façon atténuée sont de plus en plus lourdement condamnés [43] ;
- ✓ Le Code Pénal prévoit dans son article 199-1 que les victimes peuvent en cas d'appel demander la comparution du patient irresponsable, ce qui n'était pas le cas auparavant [42] ;
- ✓ Le rapport Ligier (juin 2004) demande la création d'une « décision juridictionnelle spécifique ».

De plus, au regard de la loi, ce groupe de patients délinquants présente une particularité puisqu'ils ne peuvent être considérés comme récidivistes du non lieu. La récidive légale consiste à « commettre une nouvelle infraction après avoir été définitivement condamné pour crime ou délit » selon les articles 132-

8 à 132-11 du code pénal [42]. D'après sa définition juridique même, le malade irresponsable y échappe, puisque non condamné ; le terme récidive est alors un abus de langage [23]. Il n'est donc pas conservé de mémoire des faits à l'exception des agressions sexuelles. Le fichier national recensant les auteurs d'infractions, reconnus irresponsables pénalement » reste une proposition [42]. De plus, il n'existe pas d'inscription au casier judiciaire des infractions pathologiques pour lesquels l'article 122-1 alinéa 1 a été appliqué.

Le patient irresponsable appartient donc au groupe des malades violents bien qu'avec une spécificité : celle d'avoir été confronté à la loi. Il appartient aussi au groupe des délinquants avec là aussi des spécificités : celle de ne pas être condamné ni de conserver de trace sur le casier judiciaire. Il semble donc que l'irresponsabilité pénale soit un sujet d'actualité qui nous met face à une population assez mal connue à la limite d'autres groupes sociaux et juridiques mieux définis.

En parallèle, de nombreuses études se centrent sur la délinquance en général et sur les liens entre maladie mentale, violence et criminalité sans que soit particulièrement étudiée la population des irresponsables. Il paraît donc important d'approfondir nos connaissances sur les patients irresponsables.

OBJECTIF

L'objectif de ce travail est de comparer une population de malades déclarés irresponsables suite à un acte de violence ou un crime à la population générale des malades violents et criminel décrite dans la littérature. Notre hypothèse de départ est que notre population se rapproche de la description faite dans la littérature.

Ce travail cible deux aspects :

- ✓ la description des facteurs de risque de violence repérables dans cette population de malades irresponsables ;
- ✓ la description des circonstances et les conditions du passage à l'acte : méthode, symptômes, motivation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive sur 3 années concernant 21 patients.

Les patients inclus sont l'ensemble des patients pris en charge à l'hôpital au titre de l'hospitalisation d'office après prononciation d'un article 122-1 sur la période allant de mai 2003 à mai 2006, quel que soit le stade de leur prise en charge par rapport à leur placement : ils peuvent être hospitalisés initialement après le jugement, en réintégration, ou en congé d'essai, après la levée du placement et suivis en consultation. Il n'y a pas de critères d'exclusion. L'article 122-1 peut donc avoir été prononcé au cours des années précédentes.

Nous avons analysé leur parcours jusqu'à l'infraction ayant entraîné la réalisation du 122-1 ainsi que leur acte au travers d'une grille de lecture (en annexe) qui associe les items d'un examen clinique psychiatrique et les facteurs de risque retenus dans la bibliographie. Nous avons relevé des données qualitatives et quantitatives.

La source des données est constituée par les dossiers médicaux et administratifs des patients, avec les différentes expertises, et par un entretien clinique avec le sujet.

La comparaison est faite aux résultats d'une revue de la littérature actualisée.

Description des items de la grille de lecture

En ce qui concerne le soutien relationnel du sujet, nous avons retenu trois niveaux :

- ✓ niveau pauvre : moins de 2 intervenants auprès du sujet, relations distendues, épisodiques ;
- ✓ niveau moyen : entre 2 et 5 intervenants, relations de qualité correcte, rapports plutôt réguliers ;
- ✓ niveau riche : plus de 5 intervenants, relations de bonne qualité, relations rapprochées et soutenantes.

Les ruptures précoces correspondent à toutes les expériences de distension du lien affectif important qu'a pu connaître le sujet enfant jusqu'à l'âge de 10 ans : aux séparations des parents entraînant l'éloignement d'un parent et aux placements familiaux ou extra familiaux dans la même période. Il peut aussi s'agir du décès brutal d'un parent ou d'un enfant de la fratrie avant l'âge de 10 ans du sujet. La séparation parentale précoce correspond à la rupture du couple avant l'âge de 10 ans du sujet. Dans l'item « autres particularités » nous avons regroupé d'autres éléments qui nous paraissent importants dans la vie du sujet mais

non incluable dans les autres sous groupes : relation fusionnelle à la mère, climat particulièrement conflictuel pendant l'enfance au cœur de la famille. Les violences subies regroupent les violences verbales et physiques au sein de la famille, le viol, les attouchements.

Nous avons retenu les symptômes décrits lors de l'expertise initiale comme étant le reflet de la situation clinique du sujet au moment des faits. Lorsque l'expertise se déroule dans un délai bref, en garde à vue, on peut penser que le tableau est proche de celui présenté quelques heures plus tôt. Même si imparfait, la première évaluation clinique du sujet reste souvent le repère clinique le plus proche de la psychopathologie du sujet au moment des faits, même si imparfait.

Nous avons choisi la classification D.S.M.IV pour uniformiser les diagnostics proposés par les différents experts.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA LITTÉRATURE

Les malades auteurs de violence

La relation entre maladie mentale et dangerosité ou violence est une question ancienne, sujette à débat. Les spécialistes y ont répondu de façon variable en fonction de leurs recherches et de leurs convictions mais aussi des époques. A ce jour, certaines tendances semblent se dégager.

La littérature s'accorde pour dire que 90 % des malades mentaux n'ont jamais commis d'acte de violence et que la majorité des crimes est réalisée par des personnes ne présentant pas de trouble [20]. Dubreucq [9] énonce que les actes violents commis par les malades sont en nombre absolu très faible mais que leur proportion est plus élevée que dans la population générale [3, 4, 13, 36, 38]. Les violences attribuables aux malades sont globalement de 3-4 % sur l'ensemble de la violence sociale. Les facteurs influençant le risque de violence dans la société (paupérisation, consommation de toxiques, éclatement de la cellule familiale) affectent les patients psychiatriques avec la même proportionnalité qu'au sein de la population générale [30].

Les facteurs de risque retenus et identifiés sont :

- ✓ dans leur histoire : les antécédents de violences, subies ou commises, personnelles ou fami-

liales ; les passages en UMD, en prison ; les carences affectives, éducatives pendant l'enfance [6] ;

- ✓ dans l'actualité du sujet et sa symptomatologie : être un homme, jeune, célibataire, de bas niveau socio économique, abuser ou dépendre de drogue ou d'alcool [27], être porteur d'une personnalité psychopathique, d'une atteinte cérébrale frontale [6], avoir des symptômes psychotiques (délire de persécution [5], syndrome d'influence, hallucinations auditives et/ou désorganisation de la pensée). D'autres éléments ont été relevés tels un délire de grandeur, des rêves diurnes d'agression d'autrui, une idéation perverse, une fixation sur les armes, la création d'un scénario [35], les comportements violents à répétition [4] ;
- ✓ dans leur prise en charge : être en rupture de soins [27], avoir une mauvaise observance, être en rupture institutionnelle.

Les facteurs de protection retenus sont :

- ✓ avoir un support social solide, une implication sociale, connaître des liens relationnels forts, développer une attitude positive envers l'autorité, avoir des traits de personnalité résiliente, nouer une bonne alliance thérapeutique [41].

Après contrôle de l'âge, du sexe, du niveau socio économique, les malades mentaux graves (schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles délirants et bipolaires) réalisent 4 fois plus d'agressions physiques que la population générale. Les psychoses affectives, les dépressions psychotiques et bipolaires présentent un risque quatre fois supérieur chez les femmes, et deux fois supérieur chez les hommes, de passage à l'acte violent. Ce risque est majoré par la prise d'alcool ou de drogues [9]. En 2002, dans une étude prospective sur la prédition de la violence chez les schizophrènes. E. Walsh montre qu'ils sont 4,6 fois plus portés à des actes violents et à la criminalité que la population générale [40].

Les patients souffrant d'une dépression non psychotique, de troubles anxieux, sans abus de substances, ne présentent pas un risque significatif de violence par rapport à la population générale [36]. Si l'on compare la schizophrénie aux troubles de l'humeur, il semble que la schizophrénie seule, sans abus de substances, représente un risque de violence supérieur aux troubles de l'humeur non psychotiques

[27]. La bipolarité serait facteur de 2 fois plus de risque de violence chez les hommes, et de 4 fois plus chez les femmes.

Concernant le lien entre violence et désinstitutionnalisation, il est démontré que le nombre d'évènements violents est inversement proportionnel à l'intensité du suivi et ce, même pour les patients ayant des traits anti-sociaux [27]. Le suivi externe obligatoire après une hospitalisation pour crime réduit de façon importante la récidive. La première année suivant la sortie de l'hôpital, à la suite d'un crime, sans obligation de soins, les patients ont un risque de commettre un homicide 300 fois plus important que celui de la population générale [14].

Pour les liens entre homicide et troubles mentaux graves, les malades mentaux graves sont responsables d'1 à 5 homicides pour 100 000 habitants, soit de 0,16 % des cas d'homicides dans les pays industrialisés. L'homme schizophrène a 8 à 10 fois plus de risque de commettre un homicide qu'une personne prise au hasard dans la population [12]. S'il y a abus d'alcool et de drogue ce risque est multiplié par 16 chez l'homme et par 84 chez la femme [10].

Les caractéristiques de l'acte criminel du malade psychiatrique sont les suivantes : un acte individuel, immotivé, non prémedité, non dissimulé, qui touche un proche, parfois inaugural de la maladie ; parfois associé à un trouble de l'humeur, plus fréquent quand associé aux stupéfiants, à la désocialisation, à la rupture de soins.

Les victimes et les circonstances des agressions

Le rapport Mac Arthur en 1998 [27] rappelle que 60 % des agressions ont lieu dans les 20 premières semaines suivant la sortie de l'hôpital. Les victimes sont connues de l'auteur : dans 51 % des cas il s'agit d'un membre de la famille ; du conjoint, dans 35 % des cas ; d'un inconnu dans 14 % des cas. L'agression a lieu dans 2 cas sur 3 dans une résidence privée, 1 fois sur 3 dans un lieu public.

L'acte de violence se déroule au cours de la vie quotidienne ou au cours d'une rencontre sans pré-méditation. Ce n'est que dans 13 % des affaires, que l'on retrouve une planification du geste et la recherche de la victime. Le contexte social très défavorisé est un facteur de risque tant pour l'auteur que pour la victime.

RÉSULTATS

Profil épidémiologique et symptomatologique au décours des faits

Il s'agit essentiellement d'hommes (19 pour 21 patients), célibataires (61,9 %), d'âge moyen 36 ans et 2 mois (écart compris entre 19 ans et 53 ans), de niveau socioéconomique moyen. Deux d'entre eux sont porteurs d'une atteinte cérébrale frontale. A noter que 20 patients sont de morphotype caucasien, 1 seul de morphotype négroïde. Le niveau de ressources est bas avec 57,14 % de sujets qui perçoivent l'AAH. Plus d'un sur deux a une mesure de protection des biens.

Au plan social, les sujets du groupe sont assez isolés avec pour 2/3 d'entre eux un soutien relationnel pauvre à moyen selon les critères de définition décrits plus haut. La majorité (90,48 %) est sans emploi avec pour 2/3 un niveau scolaire secondaire et 1/3 un niveau bac+.

Concernant les symptômes repérés au décours des faits, les symptômes psychotiques de type délire de persécution sont présents pour 66,67 % d'entre eux, avec syndrome d'influence et hallucinations auditives retrouvés chez une grande partie du groupe soit 66,67 %. L'automatisme mental atteint 47,62 % du groupe. Viennent ensuite les délires mystiques (23,81 %) et mégalomaniaques (19,05 %). Les délires de filiation et messianique touchent chacun près de 9,52 % des sujets. L'ensemble des sujets présente des idées délirantes au moment des faits. Le passage à l'acte est en lien direct avec cette conviction délirante.

Au décours des faits, près de 28,57 % des patients est dans le déni des faits, 23,81 % présentent une symptomatologie anxiuse. Pour les diagnostics de l'axe I, les sujets sont surtout porteurs de troubles de type schizophrénie (paranoïde, indifférenciée ou désorganisée) avec un pourcentage de 76,2 %. Un patient souffre d'un trouble schizoaffectif, un patient est bipolaire en accès maniaque délirant au moment des faits. Un sujet présente un accès psychotique toxico induit par la cocaïne, un autre, un trouble délirant. Une patiente souffre d'un épisode dépressif sévère avec éléments mélancoliques et délirants. Concernant les diagnostics de l'axe II, on trouve près de 1/4 des sujets avec des caractéristiques de la personnalité antisociale. Un d'entre eux présente une personnalité paranoïaque. Le retard mental léger concerne trois patients, la personnalité schizoïde un sujet. 38,1 % des sujets ont consommé de l'alcool et/ou des toxiques dans les heures précédant les faits.

Conditions de prise en charge au moment des faits

Pour les facteurs liés à la prise en charge, 90,48 % bénéficient d'un suivi interrompu pour 80,95 % d'entre eux depuis plusieurs semaines à plusieurs mois.

Les patients du groupe sont en moyenne connus depuis quinze ans des services.

Il s'agit d'un épisode inaugural de la maladie pour deux d'entre eux.

Antécédents du sujet

Concernant les antécédents de prise en charge psychiatrique, 90,48 % d'entre eux ont été hospitalisés sous contrainte en psychiatrie. Près de un sur trois a déjà été pris en charge en UMD ainsi que fait l'objet d'un article 122-1 alinéa 1. Pour le passé judiciaire, 28,57 % ont déjà été condamnés.

Les carences éducatives, affectives, en besoins fondamentaux apparaissent également. Concernant l'enfance des sujets, 42,86 % ont connu des ruptures précoce, 33,3 % des carences d'ordre affectif, intellectuel ou de besoins fondamentaux. 19 % a assisté à une séparation parentale avant l'âge de dix ans. 23,81 % a subi des violences verbales, physiques ou sexuelles.

Concernant les antécédents de coups et blessures avant l'infraction menant à l'irresponsabilité, 61,9 % des patients sont déjà auteurs de ce type de violence. Deux d'entre eux ont déjà commis un homicide. Près de 1 sur 4 a déjà réalisé une atteinte aux biens (vol ou dégradation). La violence verbale ou physique par le passé envers la victime de l'infraction à l'origine du non-lieu atteint 42,86 % de la population.

Le groupe connaît des antécédents familiaux de troubles psychiatriques pour 47,62 % des sujets et de consommation de toxiques pour 23,81 %.

Victimes, circonstances et type d'agressions

Les patients passent essentiellement à l'acte contre des personnes connues (76,19 % des cas) : famille essentiellement, proche ou médecin personnel (9,52 %). Les proches sont essentiellement agressés à leurs domiciles (57,14 %). Les médecins le sont à leur cabinet ou sur la voie publique. L'utilisation d'une arme semble être la règle dans le groupe étudié (3/4 des cas) : essentiellement arme blanche (38,1 %) et à feu (14,29 %) qui sont

souvent des armes d'opportunité trouvées sur les lieux (55 % des cas) tout comme le tournevis ou l'oreiller. Les cas prémedités se voient aussi tantôt avec arme blanche, à feu, acide chlorhydrique ou lien. Dans près de 1 cas sur 4 des cas, l'infraction se commet à mains nues. L'infraction contre un inconnu représente un cas sur quatre (automobiliste, pharmacien, buraliste).

Les violences sont pour 95,24 % d'entre elles physiques avec 42,86 % d'homicides.

Les infractions se répartissent sur l'ensemble des 24 h avec une préférence pour la soirée et la nuit (47,6 %).

Un cas sur trois est prémedité.

Le passage à l'acte est réalisé par le sujet seul sans complicité.

Trois des sujets tentent également de tuer le chien de la victime.

DISCUSSION

Les irresponsables : des patients comme les autres

En ce qui concerne les facteurs liés à la symptomatologie du sujet ainsi que les circonstances de l'agression, la population paraît être un échantillon plutôt représentatif des populations de malades mentaux commettant une infraction grave.

Bien sûr, il s'agit d'une petite population qui, du fait de sa situation d'irresponsabilité, présente un fort taux de troubles délirants ayant entraîné les faits. De plus, l'évaluation clinique a lieu après les faits, de quelques heures à quelques jours plus tard, ce qui peut entraîner un biais de repérage des symptômes. Le trouble principal peut connaître des remaniements et intégrer les réactions du sujet à l'enfermement : garde à vue ou prison. Certains sujets ont même été traités quelques jours, dont ceux incarcérés, ou pris en charge en SMPR.

Concernant les antécédents dans l'enfance des sujets violents, ils sont déjà repérés dans la littérature internationale. On ne peut pas dire que les éléments que nous avons trouvés soient des facteurs de risque directs de passage à l'acte violent chez le malade mental. De même, on ne peut proposer de suivi pédopsychiatrique obligatoire chez tous les enfants rencontrant ce type d'événements dans leurs parcours. De

plus, la petite taille du groupe de patients ainsi que l'aspect non comparatif de ce travail à une population de malades n'étant pas passés à l'acte de façon violente, ne permet pas de tirer de conclusions définitives. Toutefois, il semble que ces familles soient en effet repérables pour une partie d'entre elles : certains parents sont suivis en psychiatrie, leurs troubles sont connus ainsi que leur consommation de toxiques. Certaines sont aussi connues des services sociaux puisque certains enfants ont été placés en foyer ou institution pour des raisons de carences éducatives et financières mais aussi de maltraitance. Il semble difficile de demander aux soignants et aux services sociaux de prévenir l'ensemble des risques de l'existence par des stratégies préventives, mais l'importance des difficultés des cellules familiales des patients médico légaux ainsi que des souffrances repérées dans leur enfance questionnent.

Les irresponsables, des patients particuliers

Une population légèrement différente

En ce qui concerne les différences entre notre population et les populations étudiées jusqu'à présent, il semble que notre groupe soit plus âgé [25]. Le niveau d'études moyen paraît lui aussi plus élevé même s'il faut noter que le niveau secondaire regroupe les filières classiques et professionnelles pour lesquelles certains sujets n'ont pas fini le cursus, ce qui peut représenter un biais de surestimation du niveau scolaire. On remarque que même si un sur trois a un niveau bac et bac plus, (dentiste, prothésiste dentaire, diplômé en droit...), ces patients n'exercent pratiquement plus au moment des faits et connaissent une désinsertion professionnelle. Un cas sur trois est prémedité ce qui paraît être un chiffre plus élevé que pour les populations de malades décrites jusqu'ici.

Les patients irresponsables des « récidivistes » de la violence et du 122-1 alinéa 1

Les antécédents de violence commise par le groupe sont très importants :

- ✓ 42,86 % des sujets ont déjà été violents verbalement ou physiquement envers la victime de l'infraction retenue pour la prononciation de l'article 122-1 alinéa 1 et ce, souvent de façon publique ;

- ✓ 61,9 % sont déjà auteurs de coups et blessures ;
- ✓ 9,52 % d'homicide ;
- ✓ 33,3 % ont déjà bénéficié d'un article 122-1 alinéa 1. Ces patients sont donc des récidivistes de la violence et du 122-1 alinéa 1.

Or, ces patients sont suivis en moyenne depuis quinze ans au moment des faits les incriminant et sont identifiés par les équipes de soins comme potentiellement violents. Pourtant, il semble que rien n'est pu être fait pour éviter un nouveau passage à l'acte. Comment comprendre qu'un patient suivi et repéré comme à risque de violence commette un nouveau crime ? De même, un tiers des patients du groupe ont déjà relevé d'une prise en charge sous l'égide de l'article 122-1 alinéa 1 et « récidivent ».

Il a été montré que la violence suscite beaucoup de réactions qui biaisen son évaluation : le déni de la violence potentielle, par détachement émotionnel, la fascination comme par un phénomène d'excitation psychique, la distorsion de communications interpersonnelles, l'an-goisse peuvent renforcer la violence. De plus, pour l'expert et le clinicien qui sont accoutumés à rencontrer des patients médicolégaux ayant commis de graves délits, il y a un risque d'habituatio au pire.

Une carence de moyen et de cadre juridique pour les patients médicolégaux

Alors que 80,95 % sont en rupture thérapeutique au moment des faits et ce pendant plusieurs semaines. Ces patients ne sont pas retrouvés par les équipes, du fait d'une carence de conduite à tenir prévue par la loi dans ce cadre. Ainsi, sans dénoncer les pratiques, il semble qu'il existe une difficulté réelle à la prise en charge de ces patients avec un dysfonctionnement au carrefour médecine/police/justice.

Très peu de chiffres existent sur les sujets qui n'en sont pas à leur premier acte de violence, même si certains auteurs, évoquent un taux de réitération criminelle plus important chez les personnes présentant un trouble mental par rapport à la population générale [26]. Le rapport sur la prévention de la récidive rappelle « que le système judiciaire français est encore amnésique concernant les malades mentaux criminels » ce qui peut paraître d'autant plus étrange que la prononciation d'un article 122-1 alinéa 2 pour les mêmes faits, peut conduire à la condamnation et à un suivi judiciaire. Or, la connaissance des antécédents de violences passées est un des meilleurs prédicteurs de la dangerosité à venir [15].

Le patient médico légal n'est donc pas forcément retrouvé lorsqu'il échappe aux soins. Il n'existe pas systématiquement de trace facilement accessible de son parcours en cas de besoin.

Réinventer la prise en charge des patients violents

Au fil de ce travail descriptif sur les patients déclarés irresponsables, on perçoit bien les limites de la prise en charge proposée.

En amont de l'acte criminel, il semble que le passage à l'acte de certains sujets violents, aurait pu être prévenu par une prise en charge plus spécifique.

Dans les suites de la prononciation d'un article 122-1 alinéa 1, il est presque impensable que ces patients suivis et repérés repassent à l'acte.

Il est peut être temps de réviser la prise des patients médicolégaux ainsi que le cadre juridique dans lequel ils évoluent. L'évaluation de la dangerosité de ces sujets de façon systématique et standardisée à divers temps de prise en charge par des professionnels spécialisés est peut être une piste de réflexion [5].

CONCLUSIONS

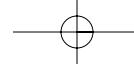
La description d'une population de 21 malades mentaux irresponsables met en évidence des facteurs de risque de violence déjà retenus et identifiés dans la littérature malgré quelques particularités. Il en est de même pour les circonstances et les victimes du passage à l'acte.

Pourtant, même s'ils sont proches du profil des patients violents, les patients irresponsables nous rappellent par le fort taux de « récidive » violente du groupe, la nécessité de repenser les prises en charge que nous leur proposons dans les suites de cette prononciation. De même le suivi des patients délinquants est aussi remis en question, dans une dimension de prévention d'un acte menant à la prononciation de l'article 122-1 alinéa 1.

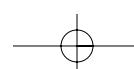
Un approfondissement des connaissances sur ces populations malgré le faible nombre de patients concernés, ainsi qu'une réflexion autour des pratiques de prises en charge paraît nécessaire. Les psychiatres seuls ne peuvent être en charge d'une telle entreprise ; il s'agit d'une réflexion sanitaire, sociale, et juridique de fond. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ANGERMEYER M.C. – Schizophrenia and violence, *Acta Psychiat Scand suppl* 2000, 407, 63-7.
- [2] *Annuaire statistique de la justice*. La documentation française. Edition 2003.
- [3] BLAND R., ORN H. – Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1986, 31, 129-137.
- [4] BÉNÉZECH M. – Brève histoire de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux de l'Antiquité à nos jours. In : *Actes du Congrès International de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie Légales*, Paris, Expansion Scientifique Française, 1991, 7-14.
- [5] BÉNÉZECH M. – De la nécessaire création de centres d'évaluation et d'expertise criminologiques à l'échelon national. In : *Médecine pour l'an 2000*, Paris, Palais du Luxembourg, 25-26 octobre 1996, 82-85.
- [6] BRENNAN P.A. *et al.* – Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort, *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57, 494-500.
- [7] BOULAY A. – APEV, l'irresponsabilité pénale, novembre 2002 site de l'APV.
- [8] DE BEAUREPAIRE Ch., BÉNÉZECH M., KOTTLER M. – *Les dangersités*, Paris, John Liberty Eurotext, 2004.
- [9] DUBREUCQ J.L. – Risque de violence et troubles mentaux graves, *Annales médicopsychologiques* 2005, 163, 852-865.
- [10] ERONEN M. *et al.* – Schizophrenia and homicidal behaviour, *Schizophr Bull* 1996, 22, 1, 83-89.
- [11] ERONEN M., HAKOLA P., TIIRONEN J. – Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry* 1996, 53, 497-501.
- [12] HODGKIN S. – The major mental disorders and crime, *Int J Law Psychiatry* 2001, 24, 427-46.
- [13] HODGINS S., MENDICK S.A., BRENAN P.A., *et al.* – Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 1996, 53, 489-495.
- [14] HODGKIN S. *et al.* – *Criminality and violence among the mentally disordered*; Cambridge University Press, 2002.
- [15] *Journal en ligne*. Pau : Romain, un schizophrène à la dérive, www.services.tf1.fr/news/france, 2005.
- [16] *Journal de la Gironde*. Faits divers : le boucher expertisé, Bordeaux, 2004.
- [17] *Journal LCI.fr* Meurtre d'une passante : un schizophrène à nouveau jugé 31/01/2007 www.LCI.fr.
- [18] *Journal Le Monde*. Que faire des malades dangereux en liberté ?, 2005.
- [19] KRUGER A. – Critères de détermination de la responsabilité pénale. In *Psychiatrie légale adulte*, Dunod, Paris, 1987, 15-18.
- [20] LAMBERG L. – Mental illness and violent acts: protecting the patient and the public. *JAMA* 1988, 280, 407-408.
- [21] LAMEYRE X. – Le fol emballage de la justice pénal. *Pluriels* N° 29, janvier 2002.
- [22] LANTÉRI-LAURA G. – De la pathologie mentale au siècle des Lumières. In : *2000 ans de psychiatrie*, Paris, Publication Ardin, 2000, 64.
- [23] LE BIHAN P. – La récidive dans l'homicide pathologique, *Annales médicopsychologiques*, 2005, 163, 642-655.
- [24] LE BIHAN P. – La récidive dans l'homicide pathologique, *Annales médicopsychologiques*, 2005, 163, 642-655.
- [25] MATHIS D. – Homicides psychotiques, *Perspectives psy* juillet-septembre 2005, vol. 44, n° 3.
- [26] MODESTIN J., AMMANN R. – Mental disorders and criminal behavior. *Br J Psy* 1995, 166, 667-75.
- [27] MONOHAN J., STEADMAN H., SILVER E., APPELBAUM P., ROBBINS P., MULVEY E., ROTH L., GRISSE T., & BANKS S. – *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*, New York, Oxford University Press, 2001.
- [28] MUCCHIELLI L. – La politique de la « tolérance zéro » : les véritables enseignements de l'expérience new-yorkaise. *Hommes & Libertés* 2002, 120, 38-40.
- [29] MULLEN P.E. – A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997, 31, 3-11.
- [30] PATTERSON B. *et al.* – Social policy and mental illness in England. *Journal of Psychiatry Mental Health Nursing* 2001, 8, 257-267.
- [31] Proposition de loi relative au « traitement de la récidive des infractions pénales », www.legifrance.fr, 2004.
- [32] Rapport Burgelin : « Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention de la récidive », www.ladocumentationfrancaise.fr, 2005.
 - a. évolution des chiffres de l'irresponsabilité des malades mentaux, 136-146 et annexes 8 ;
 - b. avis de l'expert psychiatre avant prononciation d'un non lieu, 346 ;
 - c. procédure administrative 122-1 alinéa 1, 336 ;
 - d. soins aux malades mentaux détenus, annexes 7.
- [33] Rapport Ligier : « sur le le projet de réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale des malades mentaux », www.ladocumentationfrancaise.fr, 2004.



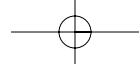
- [35] SENON J.L. – Intervention sur la maladie mentale et la violence, Congrès psychiatrie et violence, Montpellier, 2006.
- [36] STUEVE A., LINK B.G. – Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997, 66, 327-342.
- [37] SWANSON J.W., HOLZER C.E., GANJU V.K., et al. – Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990, 41, 761-770.
- [38] SWANSON J.W., ESTROFF S., SWARTZ M., et al. – Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997, 60, 1-22.
- [39] TRON P. – De la fiabilité des expertises, *Annales médico-psychologiques*, 1992, 150, 10, 741-746.
- [40] WALSH E. et al. – Violence and schizophrenia examining the evidence, *Brit Journal Psychiatry* 2002, 180, 490-495.
- [41] WEBSTER C.D., DOUGLAS K.S., EAVES D., & HART S.D. – Assessing risk of violence to others. In *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*, C. D. Webster & M. A. Jackson, New York, Guilford, 1997, 251-277.
- [42] www.legifrance.fr, Le service public de l'accès au droit article 122-1 alinéa 1 ;
article 199-1 ;
Proposition de loi relative au « traitement de la récidive des infractions pénales » 2004.
- [43] ZAGURY D. – Les psychiatres sont ils responsables de la raréfactions des non lieux psychiatriques.



ANNEXES

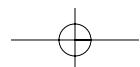
Au moment de l'infraction	
Age	
Sexe	Femme / Homme
Statut marital : célibataire, marié, divorcé, concubinage	
Emploi	Oui / Non
Statut socioéconomique :	AAH, RMI, invalidité, salaire
Niveau de scolarité	primaire, secondaire, bac, bac+
Mesure protection des biens	
Soutien relationnel	faible, moyen, élevé
Durée d'évolution de la maladie	
Consommation alcool, toxique	alcool : oui/ non toxique : lequel :
Rupture thérapeutique :	Oui/ Non
Suivi en cours :	Oui/ Non
Cas inaugural :	Oui/ Non

Antécédents personnels	
Consommation alcool et ou de toxique	alcool : oui/ non toxique : lequel :
ATCD judiciaires	Oui/ Non condamnation : Oui/ Non
Violences commises	Oui / Non Type : physique, coups et blessures, homicide ; verbale, atteinte aux biens Victime
Passage en UMD	Oui / Non
Antécédent d'article 122-1	Oui / Non
Rupture précoce, carences affectives, éducatives, séparation parentale précoce, placement	
Violence subie	Oui/ Non
Antécédents familiaux	
Psychiatrique	trouble : quel parent :
Dépendance alcool, drogue	OH, cannabis, héroïne, cocaïne, poly toxicomanie



Signes cliniques au moment de l'expertise :	hallucination, dissociation, rationalisme morbide, persécution, anxiété, agitation, déni, méfiance, refus de soins, pauvreté intellectuelle, impulsivité, immaturité
Diagnostic CIM 10 retenu	

Facteurs victimologiques	
Identité de la victime	
Type d'infraction	
Arme	Oui/ Non blanche, à feu, autre : d'opportunité ou non
Lieu	
Moment de la journée	
Planifié	



	nombre absolu	pourcentage
Niveau scolaire		
primaire	0	0
secondaire	14	66,7
bac et bac +	7	33,3
Statut marital		
célibataire	13	61,90
marié	4	19,04
concubin	2	9,52
divorcé	2	9,52
Revenus		
AAH	12	57,14
RMI	4	19,05
invalidité	1	4,76
salaire	2	9,52
aucun	2	9,52
Mesures de protection des biens		
mesures	nombre	pourcentage
tutelle	1	4,76
curatelle	8	38,09
aucune	12	57,14
Soutien relationnel		
pauvre	10	47,62
moyen	9	42,86
riche	2	9,52

Tableau I : Données socio démographiques au moment des faits.

Antécédents familiaux de conduites addictives ou de troubles psychiatriques			
atcd familiaux de consommation d'alcool ou de toxiques	5		23,81
atcd de troubles psychiatriques	10		47,62
Antécédents personnels			
suivi en cours au moment des faits	19		90,48
atcd d'hospitalisation sous contrainte	19		90,48
atcd de prise en charge en UMD	6		28,57
épisode inaugural	2		9,52
conduite addictive	poly toxicomanie	7	33,33
	alcool seul	7	33,33
	toxicomanie simple	2	9,52
Antécédents judiciaires personnels			
homicide	2		9,52
coups et blessures	13		61,90
atteinte aux biens	5		23,81
atcd de violence verbale ou physique contre la victime actuelle	9		42,86
condamnation	6		28,57
rappel à la loi	1		4,76
atcd de 122-1	6		28,57
Antécédents dans l'enfance			
rupture précoce	9		42,86
carences	7		33,33
séparation parentale précoce	4		19,05
autres particularités	3		14,29
violences subies	5		23,81

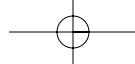
Tableau II : *Les antécédents.*

Identité de la victime				
famille	9	mère	3	42,86
		nièce	1	
		gd mère	1	
		frère, sœur	2	
		enfant	1	
		compagne	1	
connaissance : voisin, ami	5			23,81
médecin	2			9,52
inconnu : buraliste, pharmacien	5			23,81
Type de violence ou infraction				
coups et blessures	10			47,62
homicide	9			42,86
prise d'otage	1			4,76
agression sexuelle	1			4,76
Arme				
arme blanche	8			38,10
arme à feu	3			14,29
acide chlorhydrique	1			4,76
lien	1			4,76
tournevis	1			4,76
oreiller	1			4,76
aucune	6			28,57
Lieu de l'infraction				
domicile victime	12			57,14
voie publique	4			19,05
autre : bureau tabac, pharmacie, collège	3			14,29
clinique, cabinet médical	2			9,52

Tableau III : Victimes et circonstances de l'agression.

Situation du sujet au moment des faits		
imprégnation alcoolique ou toxique	8	38,10
rupture thérapeutique	17	80,95
préméditation	7	33,33
Symptômes lors de l'expertise		
dissociation	15	71,43
idées délirantes	21	100
hallucination	15	71,43
persécution	14	66,67
rationalisme morbide	5	23,81
anxiété	5	23,81
méfiance réticence	4	19,05
épisode maniaque	1	4,76
mélancolie	1	4,76
déni	6	28,57
pauvreté intellectuelle	3	14,29
immaturité	2	9,52
hallucinations		
visuelles	1	4,76
cénesthésiques	3	14,29
auditives et acoustico verbales	14	66,67
intrapsychiques et automatisme mental	10	47,62
olfactives	1	4,76
thématique délirante		
persécution	14	66,67
filiation	2	9,52
mystique	5	23,81
messianique	2	9,52
mégalomaniaque	4	19,05
fantastique	1	4,76
diagnostic		
schizophrénie paranoïde F 20.0	10	47,62
schizophrénie indifférenciée F 20.3	3	14,29
schizophrénie désorganisée F 20.1	3	14,29
trouble schizo affectif F 25.0	1	4,76
trouble bipolaire type I F 31. 2	1	4,76
trouble délirant F 22.0	1	4,76
trouble psychotique induit par cocaïne avec hallucinations F 14.42	1	4,76
trouble dépressif majeur, sévère récurrent avec caractéristiques mélancoliques F 33 .2	1	4,76
personnalité dyssociale F 60.2	5	23,81
personnalité paranoïaque F 60.0	1	4,76
retard mental léger F 70.	3	14,29
personnalité schizoïde F 60.1	1	4,76

Tableau IV :
Symptomatologie.



Article original / Original Article

Diagnostic différentiel de fractures osseuses d'écrasement/enfouissement *peri-mortem* et de fragilisation/fragmentation *post-mortem*. Comparaison de données ostéo-archéologiques et anthropologiques médico-légales

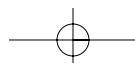
**P. CHARLIER^{1,2}, O. FERRANT¹,
I. HUYNH-CHARLIER³, A.I. SUNDSTRÖM⁴, P. ALSTRÖM⁴, A.L. SCHÄLLIN⁴,
M. DURIGON¹, G. LORIN DE LA GRANDMAISON¹**

RÉSUMÉ

But de l'étude : Cette étude a pour but de déterminer s'il existe des lésions traumatiques osseuses permettant de différencier, lors d'un examen anthropologique médico-légal, des lésions *peri-mortem* d'écrasement/enfouissement accidentel et des lésions taphonomiques *post-mortem* liées à la fragilisation/fragmentation des ossements enterrés.

Matériel et méthode : Cette analyse se fonde sur 5 cas d'autopsies médico-légales d'enfouissements accidentels mortels réalisées dans le service d'anatomie pathologique et de médecine légale de l'hôpital R. Poincaré de Garches entre 2003 et 2008 (sur un total de 2075 autopsies), sur 2 squelettes humains de l'Age du Bronze Tardif exhumés sur le site archéologique de Midea (Grèce), et sur une revue de la littérature (larges analyses traumatologiques ou autopsiques dans les suites de séismes ou d'accidents de mines).

-
1. Service de Médecine Légale et d'Anatomie/Cytologie Pathologiques, Pavillon Vésale, Hôpital Universitaire R. Poincaré (AP-HP, UVSQ), 104, boulevard R. Poincaré, 92380 GARCHES (France).
 2. HALMA-IPEL, UMR 8164 (CNRS), Université de Lille 3, VILLENEUVE D'ASCQ (France).
 3. Service de Radiodiagnostic, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), boulevard de l'hôpital, 75013 PARIS (France).
 4. Swedish School of Archaeology, ATHÈNES (Grèce).



Résultats : Les 5 cas médico-légaux correspondaient à 5 sujets masculins non squelettisés âgés de 36 à 81 ans (âge moyen : 52 ans), victimes d'ensevelissements respectivement sous un mur de pierres, dans une tranchée sableuse, sous un sac de blé de 600 kg, sous un amas de terre et de sable et sous des gravats de béton. Sur ces 5 cas, 3 étaient porteurs de lésions traumatiques osseuses : fractures de la voûte crânienne (n=2), du rocher (n=1), d'une diaphyse fémorale (n=1), du toit des 2 cotyles (n=1) et fractures costales (n=3). Pour ces trois cas, la cause du décès était un poly-traumatisme osseux et viscéral. L'un des sujets porteur de lésions costales avait fait l'objet d'une réanimation. 2 autres individus (dont l'un également avait fait l'objet de manœuvres de réanimation), étaient exempts de toute lésion traumatique osseuse, le décès étant secondaire à une suffocation.

Les 2 squelettes archéologiques étaient porteurs d'altérations taphonomiques typiques, mais l'un des eux présentait en outre des lésions traumatiques atypiques pour des restes osseux anciens, compatibles avec un écrasement/enfouissement *peri-mortem* : fractures de la portion verticale sous-glenoïdienne de la scapula et des rochers.

Discussion : La résistance différente des ossements frais et secs explique la présence de lésions de topographie différente en fonction du mécanisme de décès. Certaines lésions sont ainsi classiquement absentes sur les squelettes secs et peuvent être rapportées à un traumatisme *peri-mortem*, notamment dans un contexte d'écrasement-enfouissement : fracture du rocher, fracture de la portion verticale sous-glenoïdienne de la scapula, fracture cunéiforme du corps vertébral (particulièrement entre T12 et L2). L'absence de lésion traumatique chez des individus victimes d'écrasement/enfouissement peut s'expliquer par la nature-même du terrain : terre sableuse, pour les 2 cas médico-légaux.

La mise en évidence de ces lésions, confrontées aux données de terrain sur la position de découverte du corps et l'environnement, est d'importance pour l'anthropologue médico-légal lorsqu'il s'agit de déterminer les causes du décès d'un individu réduit à l'état squelettique.

Mots-clés : Anthropologie médico-légale, Ecrasement, Enfouissement, Traumatologie osseuse, Fracture, Os, Paléopathologie.

SUMMARY

Differential Diagnosis Between Crussching/Burying Peri-Mortem and Fragilization/Fragmentation Post-Mortem Bone Lesions? Comparison of Osteo-Archaeological and Forensic Anthropological Data

Study Goals: The goal of this study was to determine if there were traumatic bone lesions allowing the differentiation, during an forensic anthropology examination, of accidental crushing/burying peri-mortem lesions from taphonomic post-mortem lesions linked to the fragilization/fragmentation of buried bones.

Material and method: This analysis was based on 5 forensic autopsy cases of mortal accidental crushing carried out in the department of pathological anatomy and forensics of the R. Poincaré de Garches Hospital between 2003 and 2008 (on a total of 2,075 autopsies), on 2 human skeletons from the Late Bronze Age exhumed at the Midea archeological site in Greece, and on a literature review (traumatologic or autopsic analyses following earthquakes or mining accidents).

Results: The 5 forensic cases corresponding to the 5 male non-skeletonized subjects were between 36 and 81 years old (mean age of 52), respectively victims of burial under a stone wall, a land-slide, a sack of wheat weighing 600 kg, a pile of earth or sand and concrete rubble. Three out of five of these cases had traumatic bone lesions: fractures of the calvaria (n=2), the petrous (n=1), femoral shaft (n=1), the 2 cotyle rooves (n=1) and costal fractures (n=3). For these three cases, the case of death was bone and visceral polytraumatism. One of the subjects had costal lesions which had undergone rehabilitation care. Two other individuals (one of which had also undergone care), were free of any traumatic bone lesions, the cause of death being suffocation.

The 2 archeological skeletons had typical taphonomic alterations, but one of them also had atypical traumatic lesions for old bones, compatible to a crushing/burying peri-mortem: fractures of the lower vertical part of the glenoid of the omoplate and petrous bone.

Discussion: The different resistance of fresh or dry bones explains the presence of lesions of different topography in relation to the circumstances of death. Certain lesions are also classically absent on the dry skeletons and can be due to peri-mortem traumatism, notably in the context of crushing/burying: fracture of the petrous bone, fracture of the lower vertical part of the glenoid of the scapula, cuneiform fracture of the vertebral body (particularly between T12 and L2). The lack of traumatic lesions in the victims of crushing/burying can be explained by the environmental nature of the site itself: sandy earth, for the two forensic cases.

The highlighting of these lesions, compared with the on site data concerning the position of the discovery of the body and the environment, is of importance to the forensic anthropologist whilst determining the causes of death of an individual reduced to a skeletal state.

Key-words: Forensic anthropology, Crasching, Burying, Bone traumatology, Fracture, Bone, Paleopathology.

INTRODUCTION

L'examen anthropologique récent de plusieurs squelettes humains provenant du site archéologique de Midea (Grèce, Age du Bronze) a mis en évidence de nombreuses lésions traumatiques osseuses. Les circonstances de découverte de ces restes a amené à plusieurs hypothèses : lésions traumatiques osseuses induites par un écrasement/enserrage sous les structures d'une habitation au cours d'un séisme (lésions *peri-mortem*) ? lésions traumatiques osseuses d'origine taphonomique dans l'hypothèse d'une inhumation dans la couche de destruction d'une habitation (lésions *post-mortem*) ? lésions d'origine mixte *peri- et post-mortem* ?

L'examen de 5 cas médico-légaux d'écrasement/enserrage a permis de mettre en évidence également de nombreuses lésions traumatiques qui ont été comparées aux données de la littérature sur les lésions

osseuses rencontrées chez les victimes (défunts et blessés) de tremblement de terre. On a ainsi cherché à dégager certaines orientations dans le diagnostic positif de lésions d'enserrage/écrasement *peri-mortem* et dans le diagnostic différentiel entre lésions traumatiques *peri-mortem* d'enserrage/écrasement accidentel et lésions taphonomiques *post-mortem* liées à la fragilisation des ossements enterrés.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cas archéologiques

En octobre 2007 ont été examinés des ossements humains découverts en 1994 lors des fouilles archéologiques d'une couche de destruction datée de l'époque mycénienne (Age du Bronze Tardif : 1550-1200 av. J-C) du site de Midea (près de Nauplie, Argolide, Grèce)

dirigées par le professeur Paul Aström (*Swedish School of Archaeology*, Athènes, Grèce). Ces squelettes, enfouis en deux endroits d'une habitation effondrée au cours d'un séisme, avaient déjà fait l'objet d'une étude ostéo-archéologique dès leur découverte par l'anthropologue suédoise Anne I. Sundström, qui avait mis en évidence des lésions traumatiques douteuses.

Cas médico-légaux

Un total de 5 cas d'écrasement/enfouissement ont fait l'objet d'un examen autopsique dans le service de médecine légale et d'anatomie pathologique de l'hôpital universitaire Raymond Poincaré (Garches, entre 2003 et 2008), sur un total de 2 075 autopsies. Ils ne s'agissait que de sujets masculins dont seuls 3 étaient porteurs de lésions traumatiques (les 2 autres individus étant décédés de suffocation asphyxique).

RÉSULTATS

Cas archéologiques

Deux ensembles ont été étudiés, représentant au total 3 individus :

Midea 14-15/7 1994, trench K5

Il s'agissait d'un individu immature en bon état de conservation (sujet A : **Figures 1 et 2**). Seuls étaient

intacts les 2 humérus (porteurs chacun d'une perforation olécrânienne congénitale), les 2 radius, l'ulna et la clavicule gauches. Les mesures maximales des os longs permettaient d'évaluer l'âge statural au décès aux environs de 7 ans. Toutes les épiphyses (lorsque les surfaces métaphysaires étaient conservées) étaient libres. Au niveau des vertèbres thoraciques, la jonction entre corps et pédicules latéraux apparaissait toute récente. L'âge dentaire était évalué à 8 ans +/- 24 mois [37], comparable à l'âge osseux et statural. Le sexe de cet individu n'était pas déterminable en raison de son immaturité et de la fragmentation du bassin. Les os du tarse et du carpe n'étaient pas conservés. Quelques

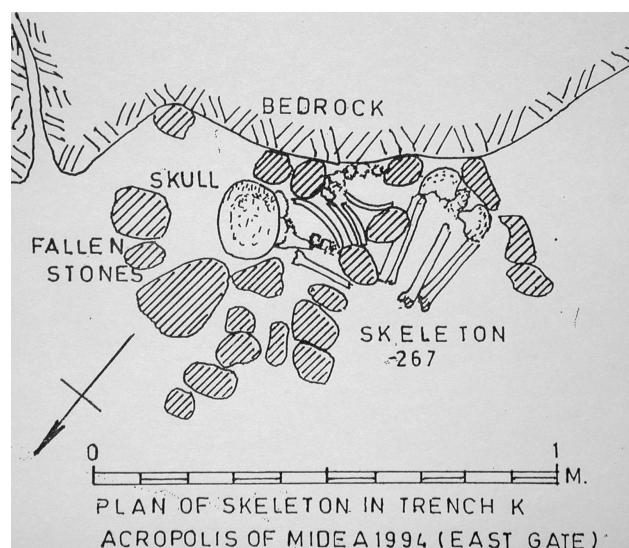


Figure 1 : Relevé de fouille du sujet A de Midea in situ (cliché Swedish School of Archaeology).

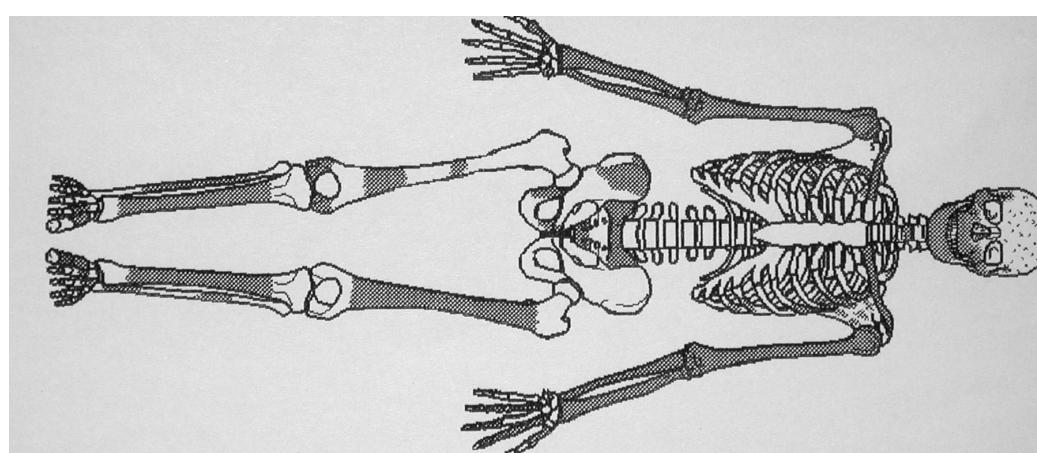


Figure 2 : Relevé anthropologique du sujet A de Midea (cliché A.I. Sundström).

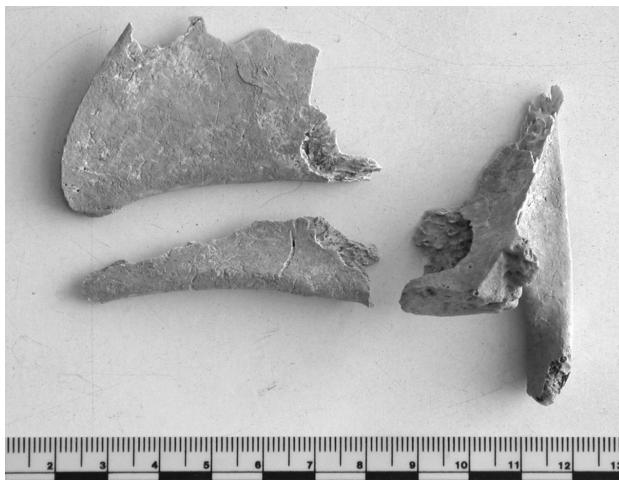


Figure 3 : Fragments de scapula du sujet A de Midea (cliché P. Charlier).

métatarsiens, métacarpiens et phalanges des pieds et des mains étaient présents, sans lésion notable.

Sur le plan traumatique, de nombreuses fractures au niveau des os longs présentaient un aspect récent, sans patine visible, liées à l'extraction des ossements lors de la fouille et aux manipulations multiples. L'examen retrouvait également plusieurs fractures anciennes patinées situées au niveau de :

- ✓ La portion verticale sous-glénoïdienne des 2 scapulas (**Figure 3**) ;
- ✓ Les arcs latéraux de C1 et arcs latéraux lombaires ;
- ✓ L'extrémité distale des 2 tibias ;

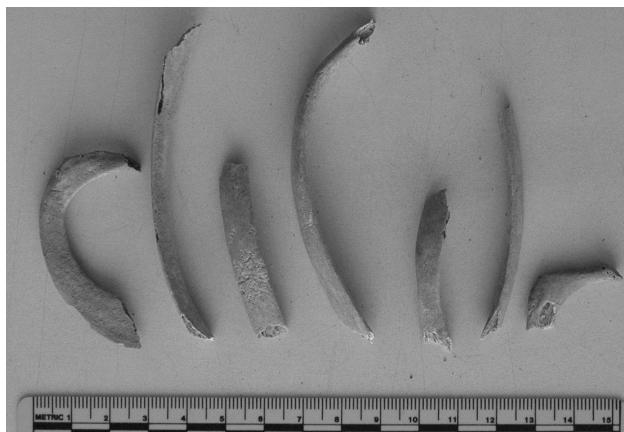


Figure 4 : Fragments de côtes du sujet A de Midea (cliché P. Charlier).



Figure 5 : Détail des faces de fracture des côtes du sujet A de Midea (cliché P. Charlier).

- ✓ Des arcs antérieurs, moyens et postérieurs de multiples côtes (**Figures 4 et 5**) ;
- ✓ La voûte et la base du crâne (dont une fracture longitudinale complète des 2 rochers : **Figure 6**).

De nombreuses côtes étaient encore intactes (6 du côté gauche, 2 du côté droit), mais on notait également de nombreuses fractures costales patinées ; la présence de ces lésions traumatiques n'était pas forcément en rapport avec l'écrasement/enfouissement, des altérations taphonomiques survenant lors de la rupture du gril costal au cours de la décomposition ou de la putréfaction, soit sous l'effet de l'éclatement de la cavité thoracique, soit sous l'effet des ruptures de paroi dues au poids des sédiments. Cette absence de spécificité des fractures costales semblait corroborée par le fait



Figure 6 : Os fracturés de la base du crâne du sujet A de Midea (cliché P. Charlier).

que tous les territoires costaux étaient, dans le cas présent, porteurs de lésions traumatiques (dont les 1^{es} côtes). La nette prédominance des fractures costales au niveau de l'arc moyen ne semblait pas non plus spécifique d'un quelconque mécanisme lésionnel : cette topographie était surtout évocatrice de fractures d'origine compressive au niveau du tronc dans un sens antéro-postérieur, c'est-à-dire un mécanisme qui se retrouve autant lors d'un écrasement/enfouissement que d'une rupture thoracique taphonomique sur cadavre ou squelette sec [8, 27].

De même, de nombreuses fractures anciennes patinées étaient visibles au niveau de la voûte crânienne, ne présentant aucun caractère de spécificité vis-à-vis d'un hypothétique écrasement/enfouissement ou d'altérations taphonomiques (forces de pressions dirigées dans les 2 cas sur un volume grossièrement sphérique aboutissant à l'éclatement des parois). En revanche, les fractures anciennes patinées des os de la base du crâne étaient tout à fait inhabituelles pour des restes humains, furent-ils anciens ou récents : ce segment osseux (la portion pétreuse de l'os temporal) est en effet l'une des zones les plus denses du squelette et ne cède généralement pas sous au décours d'une inhumation classique ; sa fragmentation (longitudinale, dans le cas présent), apparaissait ainsi très évocatrice d'un mécanisme d'écrasement/enfouissement *peri-mortem*.

On peut enfin se demander, dans le même ordre d'idées, si l'absence de conservation des extrémités distales fibulaires ne pouvait pas être en rapport avec l'écrasement et l'importante fragmentation des segments distaux des deux jambes, déjà responsable de la fragmentation des extrémités distales des tibias.

Hormis les lésions traumatiques précédemment décrites, l'examen paléopathologique a mis en évidence plusieurs zones d'aspect inflammatoire ou hyper-vascularisé en rapport avec un mécanisme enthésopathique classiquement lié au travail infantile [6] : 2 facettes de Poirier (face antéro-inférieure des cols fémoraux), zones antéro-latérales distales des 2 humérus, face postérieure des extrémités distales fémorales, face postérieure des extrémités distales radiales. D'autre part, une calcification de 6 mm de grand axe à paroi fine (moins de 1 mm d'épaisseur), en partie fragmentée, a été mise en évidence au contact des côtes ; il s'agit d'un kyste hydatique [15] dont la localisation précise (pulmonaire ? hépatique ? rénale ?) n'était pas déterminable. Il n'existe pas de lésion dentaire à l'exclusion de quelques minimes dépôts de tartre et de stries d'hypoplasie de l'émail sur les dentitions lactées et définitives. Enfin, on notait l'existence de *cri-*

bra orbitalia au niveau du plafond de l'orbite gauche, l'orbite droite n'étant pas conservée ; on se bornera à rappeler ici l'absence de certitude quant à la signification des phénomènes porotiques, notamment dans leur localisation orbitaire [6].

Midea 14/7 1994 Ka floor, room 7, infant

Dans cet ensemble osseux furent d'abord identifiés une tête radiale adulte (synostose complète épiphysodiaphysaire) et un rocher adulte (sans lésion traumatique), se rapportant *a priori* au même individu (sujet B).

Au contact, les restes quasi-complets d'un fœtus ou nouveau-né ont été isolés (sujet C : **Figure 7**), âgé de 10 mois lunaires au moment du décès, d'après la longueur des os longs conservés.

D'autres ossements étaient conservés :

- ✓ Scapula G/D ;
- ✓ Clavicule G et 1/2 clavicule D (moitié distale, cassure fraîche) ;
- ✓ Quasi-totalité du crâne (base et voûte, avec persistance uniquement de la fontanelle antérieure et présence de signes de périostite au niveau du sphénoïde, des rochers, de la voûte palatine ; absence de *cribra orbitalia* associée) avec nombreuses fractures à la fois anciennes patinées et récentes ;
- ✓ Quelques côtes (dont les 1^{es} G/D, avec un aspect hyper-vascularisé (physiologique ?) des extrémités sternales) ;
- ✓ Arcades maxillaires et mandibulaires ;
- ✓ Quelques arcs latéraux et postérieurs vertébraux non fusionnés au corps ;
- ✓ Un fragment d'os coxal (branche pubienne).

Il n'existe donc aucun signe d'écrasement/enfouissement, les os longs étant presque tous intacts et les seules fractures anciennes patinées intéressant logiquement la voûte crânienne (étant d'origine taphonomique) ; on notait particulièrement l'absence complète de lésion traumatique au niveau des 2 rochers.

Cas médico-légaux

Les 5 cas médico-légaux correspondaient à 5 sujets masculins non squelettisés âgés de 36 à 81 ans (âge

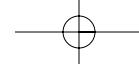


Figure 7 : Squelette remonté du sujet C de Midea (cliché P. Charlier).

moyen : 52 ans), victimes d'ensevelissements respectivement sous un mur de pierres, dans une tranchée sableuse, sous un sac de blé de 600 kg, sous un amas de terre et de sable et sous des gravats de béton. Sur ces 5 cas, 3 étaient porteurs de lésions traumatiques osseuses (3 hommes de 42 à 81 ans) : fractures de la voûte crânienne (n=2), du rocher (n=1), métaphysodiaphysaire fémorale (n=1), du toit des 2 cotyles (n=1), fractures costales (n=3), disjonction complète acromio-claviculaire gauche (n=1), avulsion dentaire (n=1). Pour ces trois cas, la cause du décès était un poly-traumatisme osseux et viscéral. L'un des sujets porteur de lésions costales avait fait l'objet d'une réanimation. 2 autres individus (dont l'un avait également fait l'objet de manœuvres de réanimation), étaient exempts de toute lésion traumatique osseuse, le décès étant secondaire à une suffocation. Une synthèse des constatations autopsiques est donnée ci-après (**Tableau I**).

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le but de notre étude était de savoir s'il existait des lésions osseuses typiques ou plus fréquemment rencontrées dans les cas d'écrasement/enfouissement, et dans les cas d'altérations taphonomiques. On a donc procédé à une revue de la littérature médicale (et notamment traumatologique, urgentiste et médico-légale). Ce sont principalement les victimes de catastrophes naturelles (séismes) ou professionnelles (accident de mine : rupture de plafond ou de paroi) qui ont été étudiées, qu'il s'agisse de survivants (blessés) ou de victimes (défunts).

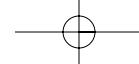
diées, qu'il s'agisse de survivants (blessés) ou de victimes (défunts).

La grande fréquence des lésions traumatiques survenant au décours d'un séisme est évidente : pour ne citer que quelques exemples, à l'issue du tremblement de terre d'Arménie (7 décembre 1988), 831 décès et 1 454 blessés sur 32743 individus au total ont été examinés par une équipe qui dénombrera, dans cet échantillon, 533 fractures, 397 écrasements et 646 lésions minimes (dermabrasions, etc.) [1]. Dans de telles circonstances, les mécanismes de décès sont souvent multiples : lors du séisme de Taiwan (21 septembre 1999), 2347 morts furent enregistrées, causées dans 56 % des cas par des lésions d'organes vitaux et dans 31 % des cas par une suffocation [7].

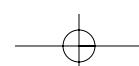
Lorsqu'on se penche sur la fréquence et la topographie des lésions traumatiques chez les victimes d'un séisme, leur répartition varie grandement selon qu'on s'intéresse à la population blessée ou tuée.

Zones anatomiques touchées de façon prédominante chez les blessés

Chez les blessés, la majorité des lésions traumatiques intéressent les membres, secondairement le tronc et le crâne [4, 10, 11, 30]. Ainsi, à l'issue du séisme de Marmara en Turquie (1999), sur 698 patients hospitalisés, les écrasements des membres étaient présentes dans 161 cas (23 %), les fractures des membres dans 113 cas (16 %), et les traumatismes du rachis et du pel-

**Tableau I.**

N°	Sexe	Age	Réanimation	Circonstances de décès	Lésions traumatiques osseuses
7882	H	51	Non	Effondrement d'un mur de pierres d'une maison	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture fronto-pariétale droite rejoignant la suture sagittale (diastasis) et s'arrêtant au lambda - Fracture des arcs postérieurs des 5^e et 7^e à 12^e côtes droites
8814	H	36	Non	Ensevelissement dans une tranchée sableuse	<ul style="list-style-type: none"> - 0 (suffocation)
8980	H	42	Oui	Ecrasé sous un sac de blé de 600 kg	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture de l'arc antérieur de la 6^e côte droite - Fracture de l'arc antérieur de la 5^e côte gauche - Fracture à la jonction des arcs antérieur et moyen de la 3^e côte droite
9332	H	49	Oui	Ensevelissement sous un amas de terre et de sable (glissement de terrain sur chantier)	<ul style="list-style-type: none"> - 0 (suffocation)
9828	H	81	Non	Eboulement en creusant un tunnel souterrain	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture des arcs postérieurs des 1^{re} à 11^e côtes gauches - Fracture des arcs postérieurs des 2^e à 12^e côtes droites - Fracture des arcs antérieurs des 4^e à 6^e côtes gauches (Figure 8) - Fracture disjonction complète entre les 7^e et 8^e vertèbres thoraciques (Figure 9) - Fracture du toit des 2 cotyles - Disjonction complète acromio-claviculaire gauche - Fracture engrenée métaphysaire de l'extrémité distale du fémur gauche - Avulsion complète dent 43 - Fracture étendue du conduit auditif externe droit au rocher droit puis à l'os occipital droit - Fracture allant de la grande aile du sphénoïde droit à la selle turcique et à l'écaillle de l'os temporal gauche avec embarrure (Figure 10)



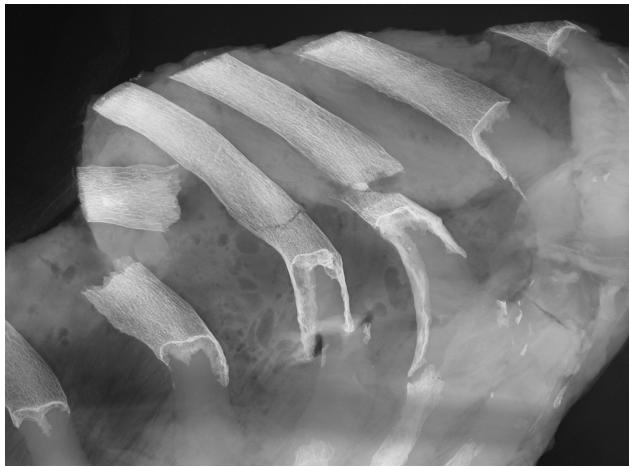
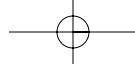


Figure 8 : Hémi-gril costal gauche du sujet 9828 (cliché P. Charlier).



Figure 9 : Fracture-disjonction complète T7-T8 (sujet 9828).

vis dans 112 cas (16 %) [17]. De même au décours du tremblement de terre de Marmara (1999), sur 368 patients hospitalisés, 16 % ont eu un traumatisme du rachis, 24 % ont eu des fractures des membres, 2,7 % ont eu un traumatisme crânien. 25,3 % présentaient un poly-traumatisme [18].

À l'issue du tremblement de terre de Bam en Iran (26 décembre 2003), 708 individus transportés dans un hôpital ont été examinés [11]. Il a été noté une prédominance des fractures des membres (19 %, n=136) vis-à-vis des fractures du squelette axial (4 %, n=28). Des décès liés aux traumatismes furent notés : 2 embolies graisseuses, 1 lésion cérébrale. Le détail des lésions osseuses était le suivant (**Tableau II**).

Au décours du même séisme (Bam, Iran), 104 sujets furent évalués [13] pour leurs lésions orthopédiques

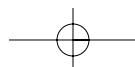


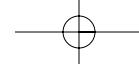
Figure 10 : Fracas de la base du crâne avec la fracture du rocher droit (sujet 9828).

grâce à des moyens cliniques et radiologiques (radiographies standard, scanner). Un total de 80 sujets (77 %) étaient porteurs de lésions orthopédiques (fracture, luxation) sans lésion des tissus mous, tandis que 10 sujets étaient atteints de lésions osseuses et des tissus mous. La répartition des lésions traumatiques osseuses montrait à nouveau une prédominance de celles-ci au niveau des membres inférieurs (**Tableau III**).

Certains trouvent parfois des répartitions différentes, qui tiennent peut-être à la spécificité du centre d'accueil ou de soin des victimes. Par exemple, à l'issue du séisme de Kobé, la majorité des 15 000 sujets traumatisés d'un échantillon de victimes étaient touchés au niveau du rachis, des côtes et du pelvis, les atteintes des os longs étant rares [21]. De même, l'étude rétrospective menée sur les blessés du séisme de Bam, Iran, montre des résultats radicalement différents des précédents : une très grande fréquence des lésions traumatiques rachidiennes, notamment localisées au niveau du pelvis (de type compression latérale), mais aussi de nombreuses fractures associées à des lésions neurologiques [35].

Les membres inférieurs sont généralement plus touchés que les membres supérieurs, du moins chez les survivants. Ainsi, analysant le *crush-syndrome* au décours d'un séisme dans le nord-ouest de la Turquie en 1999, Duman [9] a retrouvé chez 16 patients : 3 écrasements du membre supérieur gauche, 3 du membre supérieur droit, 4 du membre inférieur gauche, 7 du



**Tableau II.**

Type de fracture	Nombre	Fracture ouverte	Fracture complexe
Fracture du pelvis instable	6	-	4
Fracture et/ou luxation de la hanche	3	-	1
Fracture acétabulaire (coxal)	8	-	5
Fracture fémorale	21	3	13
Fracture tibiale et/ou fibulaire	29	9	7
Fracture humérale	22	4	18
Fracture et/ou luxation de l'épaule	4	-	2
Fracture de l'avant-bras	8	2	3
Fracture du rachis	22	-	-
Écrasement de la main	18	11	2
Écrasement du pied	10	10	5
Fracture du radius	6	-	-
Fracture de l'ulna	1	-	-
Fracture de la main	5	-	-
Fracture claviculaire	9	-	-
Fracture calcaneenne	2	-	-

Tableau III.

Fracture du pelvis	25%
Fracture de jambe (2 os)	11,5%
Fracture diaphysaire fémorale	7,6%
Fracture radiale distale	5,7%
Fracture métacarpienne	4,8%
Fracture diaphysaire humérale	4,8%
Fracture tibiale isolée	3,8%
Fracture claviculaire	2,8%
Fracture fibulaire isolée	2,8%
Fracture vertébrale	2,8%
Fracture d'avant-bras (2 os)	1,9%
Fracture phalangienne	1,9%
Fracture du col huméral	1,9%
Luxation acromio-claviculaire	1,9%
Fracture métatarsienne	1,9%
Luxation sterno-claviculaire antérieure	0,9%
Fracture condylienne (fémorale médiale)	0,9%
Fracture du col fémoral	1,9%
Fracture calcaneenne	0,9%
Fracture de la malléole médiale (tibia)	0,9%
Fracture-luxation de Lisfranc (tarse)	0,9%

membre inférieur droit, sans présager de lésions osseuses sous-jacentes (soit 6 membres supérieurs touchés pour 11 membres inférieurs).

Une étude montre cependant des données contraires. Au décours du séisme de Bam, Iran, 159 sujets traumatiques ont été examinés dans un centre d'électrophysiologie [41]. Un total de 383 lésions neurologiques périphériques déficitaires furent mises en évidence, dont 203 nerfs siégeant aux membres inférieurs (53 %), 173 nerfs siégeant aux membres supérieurs (45 %) et 7 nerfs faciaux (2 %). Sur cet ensemble, 39 patients ont été examinés plus précisément (**Tableau IV**) ; les déficits neurologiques montrent donc une topographie lésionnelle anatomique prédominant au niveau des membres supérieurs, mais rien n'indique que des lésions osseuses soient associées à ces déficits ; il peut aussi s'agir de lésions des tissus mous accompagnées de lésions nerveuses par compression, dilacération, etc.

Lors d'écrasement/enfouissement, les lésions thoraciques et notamment sterno-costales ne sont pas rares, même si elles ne sont pas au premier plan. Par exemple, au décours des tremblements de terre de Marmara (Izmit puis Duzce, 1999), sur 356 patients hospitalisés, 9,7 % (Izmit, n=21) et 7,6 % (Duzce, n=6) des sujets res-

pectivement étaient porteurs de lésions thoraciques et pulmonaires [25] : 7 sujets d'Izmit étaient porteurs de fractures costales toujours multiples (arcs costaux antérieurs), pour 2 sujets de Duzce. À Izmit, on notait également 8 sujets avec des fractures des membres, 4 traumatismes crâniens, 1 sujet avec traumatisme rachidien et 1 sujet avec traumatisme du pelvis. À Duzce, on notait également 3 sujets avec des fractures des extrémités inférieures et 1 sujet avec une fracture du pelvis.

Des taux comparables de fractures costales ont été retrouvés au décours du séisme de Kobé [40] : 34,9 % des sujets hospitalisés avec des lésions thoraco-pulmonaires avaient une fracture claviculaire ou costale.

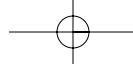
Au décours du séisme de Hyogo, Japon (17 janvier 1995), 487 patients furent hospitalisés. 13 % d'entre eux étaient porteurs de lésions thoraciques (n=63). La répartition complète des lésions chez les 487 patients montrait à nouveau une prédominance des lésions au niveau des membres et de l'extrémité céphalique (**Tableau V**), mais également de nombreuses lésions thoraciques qui ont été finement inventoriées (**Tableau VI**) [40]. Pour les lésions osseuses thoraciques, on notera la très nette prédominance des lésions costales

Tableau IV.

Lésions neurologiques		Patients (n=39)
Membre supérieur	Nerf médian	13% (n=5)
	Nerf ulnaire	5% (n=2)
	Nerf radial	15% (n=6)
	Nerf brachial	20% (n=8)
Membre inférieur	Nerf lombaire	5% (n=2)
	Nerf sciatique	33% (n=13)
	Nerf fibulaire	8% (n=3)

Tableau V.

Lésions	Patients (n=487)
Crâne	25%
Thorax	8%
Abdomen	1%
Pelvis et bassin	7%
Rachis	8%
Membres	30%
Brûlures	4%
Poly-traumatisme	15%
Autre	2%

**Tableau VI.**

Lésions	Patients (n=63)
Traumatisme superficiel	46% (n=29)
Fracture costale	27% (n=17)
Rupture du système cardio-vasculaire (décès à l'arrivée)	10% (n=6)
Suffocation (décès à l'arrivée)	3% (n=2)
Fracture claviculaire	8% (n=5)
Pneumothorax	3% (n=2)
Autre	3% (n=2)

Tableau VII.

Niveau lésionnel	Patients (n=194)
Cervical	2,5% (n=5)
Thoracique	25% (n=48)
Lombaire	62% (n=120)
Thoraco-lombaire	9% (n=18)
Cervico-thoracique	0,5% (n=1)
Lombo-sacré	0,5% (n=1)
Contusion médullaire	0,5% (n=1)

(27 % des sujets traumatisés) et la relative rareté des lésions claviculaires (8 %).

Au décours du tremblement de terre du Pakistan (8 octobre 2005), 176 patients ayant subi une prise en charge maxillo-faciale ont été analysés [39]. Parmi eux, 80 % étaient porteurs de fractures maxillo-faciales (n=141), tandis que les 20 % restant (n=35) avaient subi des lésions maxillo-faciales mineures (lésions des tissus mous, fracture dento-alvéolaire, luxation temporo-mandibulaire). Un fracture isolée mandibulaire a été observée chez 36 % des sujets (n=64), tandis que 32 % des sujets avaient des fractures multiples des os de la face (n=57). Une fracture de l'os zygomaticque était présente chez 10 % des patients (n=18), et 2 sujets avaient une fracture isolée de l'os maxillaire (1 %).

Dans une étude portant sur la prise en charge chirurgicale des paralysies faciales post-traumatiques, les auteurs [32] mentionnent 1 sujet pris en charge pour une fracture transverse de l'os temporal gauche (rocher)

au décours du séisme de 1999 (Turquie), sachant que les fractures longitudinales sont les plus fréquentes dans la pratique quotidienne fondée principalement sur les accidents de la voie publique [5, 19].

Au décours du séisme du Pakistan (8 octobre 2005), 194 sujets atteints de lésions médullaires post-traumatiques ont été examinés [36]. La localisation des niveaux lésionnels renseigne sur la topographie des lésions vertébrales (**Tableau VII**). On remarque ainsi la très nette prédominance des lésions lombaires, puis thoraciques.

Zones anatomiques touchées de façon prédominante chez les enfants blessés

La morphologie osseuse et la résistance des ossements immatures étant différentes de celles des adultes, il convenait d'étudier de façon rétrospective la topo-

Tableau VIII.

Lésions	0-5 ans (28%, n=33)	6-10 (22%, n=26)	11-16 (50%, n=60)
Membre	67% (n=23)	69% (n=18)	70% (n=42)
Thorax / abdomen	9% (n=3)	15% (n=4)	16% (n=10)
Crâne / rachis	24% (n=8)	31% (n=8)	35% (n=21)

graphie et la fréquence des lésions traumatiques dans cette population. La présence d'extrémités non fusionnées (épiphyses libres), de cartilages de croissance, etc. pouvaient à elles seules expliquer une transmission différente des lignes de force en cas de traumatisme.

On constate d'emblée, à nouveau, la grande fréquence des lésions traumatiques en cas de tremblement de terre et d'écrasement/enfouissement. À l'issue du séisme d'Arménie (1988), sur 3 232 enfants étudiés, 2007 (62,1 %) eurent un traumatisme de l'appareil locomoteur dont 653 avec des fractures fermées (32,5 %) [22]. Il semble cependant que les statistiques changent en fonction de la rapidité d'intervention des secours : pour le même séisme, avec une autre équipe, sur 245 individus sujets à un recouvrement supérieur à 12h, 119 sujets ont eu une fracture fermée d'un os long et 59 sujets ont eu une fracture ouverte [33] ; dans les 2 cas, de toutes façons, la fréquence des lésions traumatiques reste grande.

Au décours du séisme de Bam, en Iran, 119 enfants de moins de 16 ans ont été examinés lors de leur hospitalisation [31]. La répartition des lésions traumatiques a été étudiées (**Tableau VIII**), notamment au

niveau des membres (**Tableau IX**). On constate ainsi que la classique prédominance des lésions traumatiques aux membres est respectée, avec également des lésions des membres inférieurs passant au premier plan.

Zones anatomiques touchées de façon prédominante chez les défunts

La topographie et la fréquence des lésions traumatiques variaient-elles entre la population des défunt et des blessés d'un séisme et notamment d'un écrasement/enfouissement ? Seules les données autopsiques ou médico-légales au sens large (levée de corps par examen externe de cadavre, autopsie virtuelle par examen radiographique, etc.) permettaient de répondre à cette question.

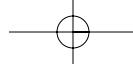
Au décours du tremblement de terre d'Athènes (7 septembre 1999), 111 cadavres provenant des décombres d'immeubles écroulés furent l'objets d'un examen autopsique [26]. Malgré l'effondrement des structures architecturales, le mécanisme du décès variait d'un cas à l'autre (**Tableau X**). La répartition des lésions traumatiques chez les victimes (**Tableau XI**) montrait

Tableau IX.

Lésions	Membre supérieur	Membre inférieur
Articulaire	8% (n=10)	42% (n=50)
Lacération / contusion	4% (n=5)	47% (n=56)
Fracture	9% (n=11)	44% (n=52)
Ecchymose	8% (n=9)	26% (n=31)
Hématome	2% (n=2)	16% (n=19)
Blessure profonde	1% (n=1)	18% (n=22)
Vasculaire	-	11% (n=13)

Tableau X.

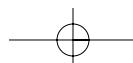
Enterrés ou bloqués lors de l'effondrement	92% des sujets (n=102)
Lésions traumatiques	95% (n=105)
Décès liés à des blessures et/ou brûlures	67% (n=74)
Décès directement lié au séisme	Enterré ou bloqué et décès lié à des lésions traumatiques
	62% (n=69)
	Enterré ou bloqué et décès lié à une asphyxie
	28% (n=31)
Décès indirectement lié au séisme	Décès lié à un traumatisme par projection d'objet
	1% (n=1)
	Enterré ou bloqué et décès lié à des brûlures
Décès indépendamment lié au séisme	Infarctus myocardique sans autre lésion (notamment traumatique)
	5% (n=6)
	Saut panique et lésions de chute
	2% (n=2)

**Tableau XI.**

Lésion crânienne	65% des sujets (n=68)
Lésion de la face	36% (n=38)
Lésion cervicale	3% (n=3)
Lésion thoracique	65% (n=68)
Lésion abdomino-pelvienne	38% (n=40)
Lésion rachidienne	20% (n=21)
Lésion du membre supérieur	48% (n=50)
Lésion du membre inférieur	65% (n=68)

Tableau XII.

Obstruction des voies aériennes (10,5% des victimes, n=11)	Lésion maxillaire	1,5% des lésions retrouvées (n=4)
	Lésion mandibulaire	0,5% (n=1)
	Lésion de l'arcade alvéolaire	2% (n=6)
Lésions de l'appareil respiratoire (62%, n=65)	Écrasement thoracique	7% (n=20)
	Lésion diaphragmatique	2,5% (n=7)
	Lésion pulmonaire	5% (n=15)
	Lésion costale	15% (n=44)
	Lésion sternale	4% (n=11)
Lésions de l'appareil circulatoire (47%, n=49)	Décapitation	0,5% (n=1)
	Écrasement thoracique	7% (n=20)
	Lésion de l'aorte thoracique	1% (n=2)
	Lésion cardiaque	2% (n=6)
	Lésion péricardique	1% (n=2)
	Lésion pulmonaire avec hémotorax > 20% masse sanguine	0,5% (n=1)
	Lésion abdominale avec hémopéritoine > 20% masse sanguine	1% (n=2)
	Lésion hépatique	8% (n=24)
	Lésion splénique	7% (n=20)
	Lésion rénale	1% (n=2)
	Lésion mésentérique	0,5% (n=1)
	Lésion pelvienne déformation	1% (n=3)
	Lésion pelvienne avec perte sanguine > 20% masse sanguine	0,5% (n=1)
Lésions cérébro-rachidiennes (57%, n=60)	Écrasement du membre supérieur	1,5% (n=4)
	Écrasement du membre inférieur	2% (n=6)
	Fracture fémorale	6% (n=18)
	Écrasement crânien	8,5% (n=25)
	Lésion cérébrale	10% (n=29)
	Luxation du rachis cervical	0,5% (n=1)
	Lésion médullaire cervicale	2,5% (n=7)
	Lésion médullaire thoracique	3,5% (n=10)



cette fois-ci des valeurs différentes de la population blessée, avec des topographies prédominantes crânienne, thoracique et appendiculaire (membre inférieur). Le détail des lésions vitales retrouvées au décours des autopsies, sur 293 lésions constatées, indiquait le mécanisme lésionnel (**Tableau XII**).

Parmi les lésions asphyxiques (31 sujets morts d'asphyxie sur 105 sujets traumatisés), il convient de mentionner, les compressions thoraciques, les lésions thoraciques, mais aussi les inhalations asphyxiantes de poussières, de débris, de terre, de sang et de liquide gastrique.

Les lésions fatales (= mortelles) d'origine traumatique siégeaient principalement au niveau du crâne, du thorax et de l'abdomen. La prédominance topographique des lésions traumatiques chez les survivants dans les autres études au niveau des membres s'explique peut-être justement par leur survie : ils n'auraient pas survécu en cas de lésions crâno-thoraco-abdominales...

Au décours du séisme de Los Angeles (17 janvier 1994), 171 sujets ont été examinés, dont 33 individus décédés et 138 individus hospitalisés [28]. Les prin-

pales causes de décès ou d'hospitalisation ont été enregistrées (**Tableau XIII**). L'étude de la répartition topographique des lésions traumatiques en fonction du caractère létal ou non de celles-ci était unique dans la littérature médicale (**Tableau XIV**). Elle montrait à nouveau que chez les défunt, la majorité des lésions traumatiques était répartie au niveau crânien et thoracique, tandis que chez les blessés, il existait une très nette prédominance au niveau appendiculaire (avec, comme observé plus haut, une prééminence des membres inférieurs sur les membres supérieurs).

Zones anatomiques touchées de façon prédominante lors des accidents de mine

Outre l'asphyxie traumatique causée par les multiples lésions thoraciques, les lésions les plus caractéristiques de l'écrasement/enfouissement lors d'accidents d'effondrements de mine sont les lésions en hyper-flexion (ou fracture-luxation) du rachis causées par la chute de pierres ou de grandes quantités de terre chez un individu préalablement en flexion (soit en cours de travail, soit parce qu'il se protège en se mettant en positon fœtale). L'impact de cette impor-

Tableau XIII.

Cause	Sujets décédés (n=33)	Sujets hospitalisés (n=138)
Lésion ou écrasement par un bâtiment	71% (n=22)	8% (n=11)
Lésion ou écrasement par un objet	-	15% (n=21)
AVP	15% (n=5)	3% (n=4)
Brûlure ou électrocution	6% (n=2)	7% (n=10)
Chute	12% (n=4)	56% (n=77)
Blessure	-	5% (n=7)
Autre	-	6% (n=8)

Tableau XIV.

Région	Sujets décédés (n=33)	Sujets hospitalisés (n=138)
Membre inférieur	18% (n=6)	54% (n=74)
Membre supérieur	6% (n=2)	19% (n=26)
Rachis	6% (n=2)	13% (n=18)
Lésions externes	24% (n=8)	10% (n=14)
Crâne	48% (n=16)	7% (n=10)
Face	15% (n=5)	3,5% (n=5)
Thorax	42% (n=14)	2% (n=3)
Abdomen	21% (n=7)	2% (n=3)
Région cervicale	-	-

Tableau XV.

Vertèbres touchées	Fréquence
T12, L1, L2	67%
T6 à T12	20%
L1	30%
L2	16%

tante masse, soit sur le crâne (causant une flexion du rachis thoraco-lombaire), soit, plus fréquemment, de façon asymétrique sur une des épaules, ajoute un mécanisme de rotation à l'hyper-flexion du tronc. Comme le rachis thoracique est relativement maintenu en rectitude par la cage thoracique, la majorité des forces est ainsi répartie sur le rachis lombaire, expliquant la grande fréquence des fractures-luxations dans cette topographie [14]. Des lésions d'hyper-extension peuvent également survenir, bien que plus rares.

Dans une étude menée sur 152 mineurs enfouis dans des galeries du Yorkshire [24], il a été montré une répartition des lésions rachidiennes très systématisée, avec une très nette prédominance pour les vertèbres T12, L1 et L2 (**Tableau XV**). La lésion osseuse la plus fréquemment retrouvée était une fracture cunéiforme (*wedge fracture*) de la portion antérieure du corps vertébral (60 % des cas). La survenue d'une telle fracture s'expliquerait par le fait que la chute d'une masse (toit, mur, pierre, terre, etc.) sur la partie supérieure du corps occasionne des forces importantes de flexion sur le bas de la colonne vertébrale ; le *nucleus pulposus* agit alors comme un point d'appui et le bord antérieur du ou des corps vertébraux sont compressés. Les autres lésions osseuses étaient une fracture cunéiforme de la portion latérale du corps vertébral dans 14 % des cas, une luxation rachidienne (par rupture du ligament inter-apophysaire postérieur) dans 20 % des cas, une fracture de l'arc neural dans 10 % des cas. Dans 60 % des cas, enfin, une atteinte médullaire était présente.

DISCUSSION

Synthèse lésionnelle

Au sein des 3 squelettes ostéo-archéologiques découverts dans la couche de destruction d'une habitation de l'Age du Bronze, un squelette de péri-natal (10 mois lunaires : sujet C) ne présentait aucune lésion

traumatique suspecte (aspect récent, sans patine visible, liées à l'extraction des ossements lors de la fouille et aux manipulations multiples), tandis qu'un squelette d'immature âgé de 7 ans (sujet A) était porteur de lésions traumatiques anciennes dont certaines étaient suspectes d'être *peri-mortem* ; il s'agissait de fractures d'aspect ancien, patinées (donc non liées à la fouille archéologique elle-même), situées au niveau de la portion verticale sous-glénoidienne des 2 scapulas (fracture du col scapulaire), des arcs latéraux de C1 et arcs latéraux lombaires, de l'extrémité distale des 2 tibias, des arcs antérieurs, moyens et postérieurs de multiples côtes, de la voûte et de la base du crâne (dont une fracture longitudinale complète des 2 rochers). La topographie de certaines de ces lésions (rochers, col scapulaire) était tout à fait atypique, de telles lésions ne se retrouvent habituellement pas sur des squelettes provenant d'inhumations classiques sans contexte traumatique. D'ailleurs, le squelette le plus jeune (périnatal : sujet C), supposé le plus fragile de cet ensemble ostéo-archéologique, était indemne de toute lésion traumatique suspecte.

Sur les 5 cas médico-légaux, seuls 3 étaient porteurs de lésions traumatiques osseuses (3 hommes adultes) : fractures de la voûte crânienne (n=2), du rocher (n=1), métaphyso-diaphysaire fémorale (n=1), du toit des 2 cotyles (n=1), fractures costales (n=3), disjonction complète acromio-claviculaire gauche (n=1), avulsion dentaire (n=1). L'un des sujets porteur de lésions costales avait fait l'objet d'une réanimation. 2 autres individus (dont l'un également avait fait l'objet de manœuvres de réanimation), morts de suffocation et enfouis dans un terrain meuble (sableux), étaient exempts de toute lésion traumatique osseuse.

Si l'on synthétise l'ensemble des données issues de la littérature concernant les lésions osseuses d'écrasement/enfouissement en contexte de tremblement de terre, il est possible de dire que :

- ✓ les lésions traumatiques osseuses sont relativement fréquentes ;

- ✓ les membres (et surtout les membres inférieurs) sont le plus fréquemment touchés, suivis par le crâne et le rachis, chez les blessés ;
- ✓ le crâne et le thorax sont le plus fréquemment touchés, suivis par les membres, chez les défunt ;
- ✓ la topographie des lésions traumatiques est comparable chez les immatures et les adultes.

Si, dans ces circonstances, aucune lésion caractéristique osseuse n'a encore été décrite, en revanche, pour les écrasement/enfouissement en mine, la fracture-tassement du bord antérieur du corps vertébral de T12 à L2 est une lésion caractéristique. Le mécanisme lésionnel apparaît comparable à celui survenant chez une victime d'un effondrement de plafond ou d'un écrasement par des murs ou objets lourds lors d'un séisme ou accident de chantier. On ne peut pas en revanche se fonder sur l'étude comparative des lésions induites par les avalanches, le mécanisme lésionnel étant sensiblement différent : écrasement/enfouissement, certes, mais également roulement, torsion, rotation et traction [34].

La description des lésions rachidiennes décrites dans les circonstances d'un écrasement/enfouissement au cours d'un séisme n'est hélas pas assez précise pour savoir si les lésions du rachis incluent cette fracturation du rebord (antérieur surtout, latéral sinon) du corps vertébral décrite lors d'accidents en galeries de mine.

Diagnostic différentiel macroscopique

La résistance osseuse, donc la transmission des lignes de force en cas de compression ou de traumatisme, varie en fonction du caractère humide, souple, déformable, de la trame osseuse, mais aussi de la présence de tissus mous au contact, du revêtement cutané, etc. L'ensemble de ces facteurs a permis de déterminer certains éléments différentiels. Ainsi, tant pour les cas ostéo-archéologiques qu'anthropologiques médico-légaux, le diagnostic du caractère taphonomique (*post-mortem*) ou *peri-mortem* des lésions traumatiques osseuses peut se fonder sur plusieurs critères classiques [6, 8, 12, 27, 29, 37, 38] :

- ✓ caractère irrégulier et effrité des berges osseuses (altérations taphonomiques) ;
- ✓ absence complète de patine des faces de fracture (altérations taphonomiques) ;

- ✓ caractère spiroïde des traits de fracture (caractéristique d'une lésion sur os humide : *peri-mortem*).

Mécanismes physiopathologiques

La position adoptée spontanément lors d'un effondrement de toit, de mur ou de galerie de mine (position fœtale) peut expliquer la répartition des lésions traumatiques osseuses. De même, l'adoption d'une position de travail en genuflexion, tête en avant fait qu'en cas d'accident, l'extrémité céphalique se retrouve coincée entre les genoux [3]. Dans tous les cas, la mise en position fœtale, position de protection presque « instinctive », facilite la survenue de fractures ou de fractures/luxations de la colonne vertébrale puisqu'elle provoque une hyperflexion rachidienne. L'impact d'une masse (terre, pierre, mur, toit, etc.) sur la tête, le cou ou les épaules, provoque une flexion brutale du rachis thoracique bas et lombaire généralement accompagnée d'un mouvement de rotation si cette force est exercée de façon asymétrique sur les épaules (chute sur une épaule plutôt que sur les 2). Les fractures ou fractures/luxations surviennent plus fréquemment au niveau du massif lombaire car les vertèbres thoraciques (et surtout les vertèbres thoraciques hautes) sont relativement protégées de toute déformation par le caractère rigide de la cage thoracique (côtes et sternum). La 12^e vertèbre thoracique et les deux 1^{res} vertèbres lombaires (T12, L1 et L2) sont généralement les plus touchées, avec des lésions caractéristiques de fracture cunéiforme du rebord antérieur du corps vertébral).

Le mécanisme de survenue de la fracture scapulaire rencontrée dans un cas ostéo-archéologique (sujet A) pourrait être mis en parallèle avec celui de la disjonction complète acromio-claviculaire observée chez un cas médico-légal (9828). En effet, la fracture du col scapulaire (*scapular neck*) survient sous l'effet d'un traumatisme direct et peut être associée à de fractures humérales (col de l'humérus) ou claviculaires. Le traumatisme peut être antéro-postérieur ou dirigé directement sur la scapula [12, 29]. Chez un individu qui se protège d'une chute d'objets lourds dans des circonstances comme celles d'un séisme ou d'un effondrement de mine, on comprend sans peine que les scapula soient un des points de contact essentiels entre l'objet lourd et le corps.

La survenue d'une fracture du rocher est tout à fait inhabituelle sur du matériel osseux ancien, sauf dans un contexte traumatique violent. En effet, les trauma-

tismes crâniens par objet contenant peuvent être à l'origine d'une fracture de l'os temporal, soit au niveau du processus mastoïde, soit au niveau de sa portion pétreuse (rocher). Les fractures du rocher sont plus fréquemment longitudinales, en continuité avec un trait de fracture linéaire temporal ou pariétal. Plus rarement, on peut retrouver une fracture transversale du rocher [12].

Les fractures acétabulaires et notamment celles du toit du cotyle, sont produites par la tête fémorale lorsque est transmise une force excessive provenant du pied, du genou ou du grand trochanter [12]. Dans le cas d'un écrasement/enfouissement, deux forces s'opposent l'une à l'autre : la première, dirigée de haut en bas, correspond au poids de l'hémi-corps supérieur additionné du poids de la terre recouvrant l'individu ; la seconde, dirigée de bas en haut, correspond à la résistance de chacun des 2 membres inférieurs. La rencontre de ces 2 forces contraires se fait au point de contact entre le toit du cotyle (plafond de l'acétabulum, os coxal) et la tête fémorale, de chaque côté.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but de déterminer s'il était possible de différencier, au cours d'un examen anthropologique médico-légal, des lésions *peri-mortem* d'écrasement/enfouissement accidentel et des lésions taphonomiques *post-mortem* liées à la fragilisation/fragmentation d'ossements enterrés.

La comparaison de données autopsiques médico-légales, ostéo-archéologiques et statistiques (études rétrospectives sur des victimes de séismes ou d'accidents de galerie de mine) a mis en évidence que la résistance différente des ossements frais et secs explique la présence de lésions de topographie différente en fonction du mécanisme de décès. Certaines lésions sont ainsi classiquement absentes sur les squelettes secs (même fragmentés par une fragilisation progressive et un enfouissement) et peuvent être rapportées à un traumatisme *peri-mortem*, notamment dans un contexte d'écrasement/enfouissement : fracture du rocher, fracture de la portion verticale sous-glénoïdienne de la scapula (fracture du sol scapulaire), fracture cunéiforme du corps vertébral (particulièrement entre T12 et L2). L'absence de lésion traumatique chez des individus victimes d'écrasement/enfouissement peut s'expliquer par la nature-même du terrain : terre sableuse, pour les 2 cas médico-légaux.

La mise en évidence de ces lésions, confrontées aux données de terrain sur la position de découverte du corps et l'environnement, est d'importance pour l'anthropologue médico-légal lorsqu'il s'agit de déterminer les causes du décès d'un individu réduit à l'état squelettique.

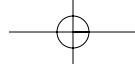
REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à exprimer leurs sincères remerciements au Service de Police Technique et Scientifique de Versailles pour leur aide iconographique. ■

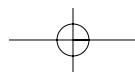
BIBLIOGRAPHIE

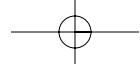
- [1] ARMENIAN H.K., MELKONIAN A., NOJI E.K., HOVANESIAN A.P. – Deaths and injuries due to the earthquake in Armenia : a cohort approach. *Int. J. Epidemiol.*, 1997, 26, 4, 806-813.
- [2] BETTER O.S., RUBINSTEIN I., REIS D.N. – Muscle crush compartment syndrome : fulminant local oedema with threatening systemic effects. *Kidney Int.*, 2003, 63, 1155-1157.
- [3] BOTHA J.B.C. – Injury and death in the mining industry. In MASON J.K., PURDUE B.N., *The pathology of trauma*. London, Arnold, 2000, p. 363-377.
- [4] BOURGUE L.B., PEEK-ASA C., MAHUE M., NGUYEN L.H., SHOAF K.I., KRAUS J.F., et al. – Health implications of earthquakes : physical and emotional injuries during and after the Northridge earthquake. In, Collectif, *Proceedings of a WHO symposium, Kobe, Japan, January 27-30, 1997*.
- [5] CHAN E.H., TAN H.M., TAN T.Y. – Facial palsy from temporal bone lesions. *Ann. Acad. Med. Singapore*, 2005, 34, 322-329.
- [6] CHARLIER P. (Dir.), *Ostéo-archéologie et techniques médico-légales : tendances et perspectives. Pour un Manuel pratique de paléopathologie humaine*. Paris, De Boccard, 2008.
- [7] CHEN K.T., CHEN W.J., MALILAY J., TWU S.J. – The public health response to the Chi-Chi earthquake in Taiwan, 1999. *Public Health Rep.*, 2003, 118, 493-499.
- [8] DUDAY H. – *Lezioni di archeotanatologia. Archeologia funeraria e antropologia di campo*. Roma, Ministero per I Beni e le Attività Culturali, Soprintendenza Archeologica di Roma, 2006.
- [9] DUMAN H., KULAHCI Y., SENGEZER M. – Fasciotomy in crush injury resulting from prolonged pressure in an

- earthquake in Turkey. *Emerg. Med. J.*, 2003, 20, 251-252.
- [10] ELLIKODUZ H., UCKU R., AYDIN U.Y., ELLIDOKUZ E. – Risk factors for death and injuries in earthquake : cross-sectional study from Afyon, Turkey. *Croat. Med. J.*, 2005, 46, 4, 613-618.
- [11] EMAMI M.J., TAVAKOLI A.R., ALEMZADEH H., ABDINEJAD F., SHAHCHERAGHI G., ERFANI M.A., MOZAFARIAN K., SOLOOKI S., REZAZADEH S., ENSAFDARAN A., NOURAEI H., JABERI F.M., SHARIFIAN M. – Strategies in evaluation and management of Bam earthquake victims. *Prehosp. Disaster Med.*, 2005, 5, 20, 327-330.
- [12] GALLOWAY A. (Dir.) – *Broken bones. Anthropological analysis of blunt force trauma*. Springfield (Illinois), Charles C. Thomas Publishers, 1999.
- [13] KAZEMIAN G., AZARBAL M., ENAMI M., KHATIBI H., EBRAHIMPOUR A., SHAFAGHI T., ETTEHAD H., ADYBEIK D. – Orthopedic injuries in the victims of the earthquake of Bam. *Internet J. Orthopedic Surg.*, 2004, 1, 2.
- [14] KNIGHT B.H. – Injuries sustained in mining and quarrying. In MASON J.K. (Dir.), *The pathology of violent injury*. London, Edward Arnold, 1978, p. 137-150.
- [15] KRAMAR C. – Le diagnostic des calcifications biologiques. In CHARLIER P. (Dir.), *Ostéo-archéologie et techniques médico-légales : tendances et perspectives. Pour un Manuel pratique de paléopathologie humaine*. Paris, De Boccard, 2008, p. 417-429.
- [16] KROGMAN W.M., ISCAN M.Y. – *The human skeleton in forensic medicine*. Springfield (Illinois), Charles C. Thomas Publishers, 1986.
- [17] KURT N., KUCUK H.F., CELIK G., et al. – Evaluation of patients wounded in the 17 august 1999 Marmara earthquake. *Ulus Trauma Derg.*, 2001, 7, 1, 49-51.
- [18] KURT N., KÜCÜK H.F., DEMIRHAN R., ALTACA G. – Crush injury in two earthquake disasters within a 3-month period. *European J. Trauma*, 2003, 29, 42-45.
- [19] LAMBERT P.R., BRACKMANN D.E. – Facial paralysis in longitudinal temporal bone fractures : a review of 26 cases. *Laryngoscope*, 1984, 94, 1022-1026.
- [20] LEVINE M.S., RADFORD E.P. – Fire victims : medical outcomes and demographic characteristics. *Am. J. Public Health*, 1977, 67, 1077-1080.
- [21] MARUO S., MATUMOTO M. – Spinal fractures resulting from the 1995 great Hanshin earthquake of the Kobe-Osaka area of Japan. *Spinal Cord*, 1996, 34, 7, 382-386.
- [22] MHAYAN G., HAVHEMES S., GAREN K. – Earthquake in Armenia of 1988. *Prehosp. Disast. Med.*, 2001, 16, 2, S50.
- [23] MICOZZI M.S. – *Post-mortem change in human and animal remains. A systematic approach*. Springfield (Illinois), Charles C. Thomas Publishers, 1991.
- [24] NICOLL E.A. – Fractures of the dorso-lumbar spine. *J. Bone Joint Surg.*, 1949, 31, 376-382.
- [25] OZDOGAN S., HOCAOGLU A., CAGLAYAN B., IMAMOGLU O.U., AYDIN D. – Thorax and lung injuries arising from the two earthquakes in Turkey in 1999. *Chest*, 2001, 120, 1163-1166.
- [26] PAPADOPOULOS I.N., KANAKARIS N., TRIANTAFILLIDIS A., STEFANAKOS J., KAINOURGIOS A., LEUKIDIS C. – Autopsy findings from 111 deaths in the 1999 Athens earthquake as a basis for auditing the emergency response. *British J. Surg.*, 2004, 91, 1633-1640.
- [27] PATOU-MATHIS M. – Les altérations taphonomiques et les pseudo-pathologies. In CHARLIER P. (Dir.), *Ostéo-archéologie et techniques médico-légales : tendances et perspectives. Pour un Manuel pratique de paléopathologie humaine*. Paris, De Boccard, 2008, p. 81-89.
- [28] PEEK-ASA C., KRAUS J.F., BOURQUE L.B., VIMALACHANDRA D., YU J., ABRAMS J. – Fatal and hospitalized injuries resulting from the 1994 Northridge earthquake. *Int. J. Epidemiol.*, 1998, 27, 459-465.
- [29] PERRY C.R., ELSTROM J.A. – *Handbook of fractures*. New York, McGraw-Hill Inc., 2nd edition, 2000.
- [30] ROY N., SHAH H., PATEL V., COUGHLIN R.R. – The Gujarat earthquake (2001) experience in a seismically unprepared area : community hospital medical response. *Prehospital Disaster Med.*, 2002, 17, 186-195.
- [31] SABZEHCHIAN M., ABOLGHASEMI H., HADI RADFAR M., JONAIDI-JAFARI N., GHASEMZADEH H., BURKLE F.M. – Pediatric trauma at tertiary-level hospitals in the aftermath of the Bam, Iran earthquake. *Prehosp. Disaster Med.*, 2006, 5, 21, 336-339.
- [32] SANUS G.Z., TANRİÖVER N., TANRIVERDİ T., UZAN M., AKAR Z. – Late decompression in patients with acute facial nerve paralysis after temporal bone fracture. *Turkish Neurosurgery*, 2007, 1, 17, 7-12.
- [33] SHAPOSHNIKOV I.G., KOZHIN N.P., NIKOGOSIAN R.V., et al. – The outcomes in crush syndrome of the extremities half a year after the earthquake in Armenia. *Voen. Med. Zh.*, 1990, 4, 44-45.
- [34] STALSBERG H., ALBRETSSEN C., GILBERT M., KEARNEY M., MOESTUE E., NORDRUM I., ROSTRUP M., ORBO A. – Mechanism of death in avalanche victims. *Virchows Archiv A Pathol. Anat.*, 1989, 414, 415-422.
- [35] TAHMASEBI M.N., KIANI K., MAZLOUMAN S.J., TAHERI A., KAMRANI R.S., PANJAVI B., HARANDI B.A. – Musculoskeletal injuries associated with earthquake. A report of injuries of Iran's December 26, 2003 Bam earthquake casualties managed in tertiary referral centers. *Injury*, 2005, 36, 1, 27-32.
- [36] TAUQIR S.F., MIRZA S., GUL S., GHAFFAR H., ZAFAR A. – Complications in patients with spinal cord injuries sustained in an earthquake in Northern Pakistan. *J. Spinal Cord. Med.*, 2007, 30, 373-377.



- [37] UBELAKER D.H. – *Human skeletal remains. Excavation, analysis, interpretation.* Washington, Taraxacum, Manuals of Archaeology n°2, 2nd edition, 1991.
- [38] WALKER P.L. – A bioarchaeological perspective on the history of violence. *Annual Review Anthropol.*, 2001, 30, 573-596.
- [39] WASIM IBRAHIM M., SHAH I., ZAEEM K., AFZAL M., SHEHZAD M., HAFEEZ SHAIKH A. – Pattern of maxillofacial injuries in the earthquake victims. *Pak. Armed Forces Med. J.*, 2006, 56, 4, 357-360.
- [40] YOSHIMURA N., NAKAYAMA S., NAKAGIRI K., AZAMI T., ATAKA K., ISHII N. – Profile of chest injuries arising from the 1995 Southern Hyogo prefecture earthquake. *Chest*, 1996, 110, 759-761.
- [41] ZANGIABADI N., NAEEM AHRARI M. – Electro-diagnostic and clinical changes of peripheral neuropathies in Bam earthquake victims. *Am. J. Environ. Sci.*, 2005, 1, 3, 206-208.





Article original / Original Article

De la comparution pénale du malade mental déclaré irresponsable

**F. CAUSSÉ^{1,2,3}, E. AGUILAR¹, J. CH. COFFIN³, G. MOUTEL³,
I. FRANÇOIS PURSELL³, J.-PH. BOULENGER¹, E. BACCINO²,
CH. HERVÉ³**

RÉSUMÉ

En France, les pratiques concernant le malade mental irresponsable (relevant d'un article 122-1 alinéa 1), se modifient sensiblement depuis quelques années. Au cœur de ces changements, on trouve la proposition d'une audience pénale spécifique et systématique, en présence du patient, qui a été faite en 2003 dans le projet Perben. Depuis, elle n'a pas cessé d'être discutée notamment au travers d'un débat national et mouvementé entre psychiatres, magistrats et associations. L'auteur s'intéresse à deux aspects de ce sujet : le premier est celui du comment et pourquoi les magistrats, les psychiatres, la société en sont arrivés à remettre en question un présupposé ancien et stable datant du XIX^e siècle qui consistait à écarter le malade irresponsable de la procédure. Le second est de savoir si cette comparution participe à la guérison du malade ou si elle répond à d'autres impératifs. Pour ce faire, l'auteur a réalisé une bibliographie des principaux auteurs s'étant exprimés sur le sujet, puis un questionnaire semi-directif proposé à 10 acteurs locaux (psychiatres-experts, magistrats et psychologues d'associations). Les résultats sont présentés et discutés. Ils indiquent qu'il s'agit d'un sujet d'intérêt pour les acteurs locaux de terrain. Leur représentation de ce malade, variable au fil de ses transgressions, reflète l'évolution de ce qui lui est proposé. A l'origine de cette remise en question, se trouve la trame complexe des modifications de la place de l'homme dans la société, de sa façon d'envisager les risques de l'existence et mais aussi des nouvelles valeurs sociales. Pour les psychiatres interrogés, l'intérêt thérapeutique du malade semble plus évoqué que pragmatique. Il s'agit plutôt d'une tentative de réassurance sociale « symbolique ». Ces résultats posent aussi la question du rôle du psychiatre auprès du malade et du message qu'il souhaite transmettre dans cette période de mutation.

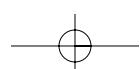
Mots-clés : Malade mental irresponsable, Article 122-1 alinéa 1, Audience pénale, Comparution.

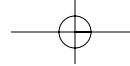
1. Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHU de Montpellier, Hôpital Laheyronne, 34295 MONTPELLIER Cedex 5 (France).

2. Service de Médecine Légale, CHU de Montpellier, Hôpital Laheyronne, 34295 MONTPELLIER Cedex 5 (France).

3. Laboratoire d'Éthique Médicale, Université René Descartes, PARIS 5.

francoise-causse@chu-montpellier.fr



**SUMMARY*****The Appearance in Court of Irresponsible Mentally Ill Persons***

In France, the practices concerning irresponsible mentally ill persons (relevant to article 122-1 paragraph 1), have noticeably changed in the last few years. At the heart of these changes, we can find the proposition of a specific and systematic appearance in court, in the presence of the patient, which occurred in 2003 during the Perben project. Ever since, it has been the subject of constant discussion notably involving a heated national debate between psychiatrists, judges and associations. The author focuses on two aspects of this subject: The first being how and why judges, psychiatrists and society as a whole have been incited to question an old and stable presupposition dating from the XIXth century consisting of prohibiting the irresponsible mentally ill person from the proceedings. The second was to know if these proceedings led to the mentally ill person being treated or if it answered other imperatives. For this end, the author compiled a bibliography of main writers on this subject, then carried out a semi-directive questionnaire of 10 local actors (psychiatric experts, judges and psychologists from associations). The results are presented and discussed. They show that this is a topic of interest for local actors in the field. Their representation of the mentally ill person, varying over his transgressions, reflects the evolution of what has been suggested to him. At the root of this questioning, there is a complex framework/plot of changes of the place of man in society, of the way of viewing life risks, but also of new social values. For the psychiatrists interviewed, the therapeutic interest of the mentally ill person seems more in discussion than pragmatic. It is rather a "symbolic" attempt at social reassurance. These results also question the role of the psychiatrist towards the patient and the message that he wishes to convey.

Key-words: Irresponsible Mentally ill persons, Article 122-1 paragraph 1, Penal audiences, Proceedings.

1. INTRODUCTION

La question du malade mental criminel et de ses liens avec la société est une problématique ancienne au carrefour du politique, du social et du juridique et en partie à l'origine de la clinique psychiatrique française actuelle [25]. Sans jamais avoir vraiment quitté la presse spécialisée, ce malade criminel a été mis sous les feux de la rampe des grands périodiques à l'occasion de faits divers récents très médiatisés [17, 18, 19]. La question de l'irresponsabilité pénale a été discutée pour chacun d'eux. Ainsi, dans ce groupe de malades, il existe une sous-population particulière de patients déclarés irresponsables après prononciation de l'article

122-1 alinéa 1. Elle est à l'heure actuelle au cœur d'un débat entre professionnels de santé et psychiatres, magistrats et associations de victimes [32, 34].

1.1. Définition de l'article 122-1 du Code Pénal

L'irresponsabilité pénale pour trouble mental est prévue dans l'article 122-1 adopté en juillet 1992 dans le projet de loi définitif du Nouveau Code Pénal. Dans son alinéa 1, il prévoit que « N'est pas pénalement responsable la personne qui est atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »

[33]. L'application de cet article nécessite trois conditions : l'existence d'un trouble mental ayant entraîné l'acte : (lien de causalité), l'abolition du discernement, l'existence du trouble au moment des faits : (lien de temporalité) [20]. Une fois la personne reconnue pénalement irresponsable, la procédure judiciaire prend fin [7]. Toutefois, depuis 1995, les victimes et leurs familles peuvent, par voie d'appel, demander une contre-expertise ainsi que la comparution personnelle de la personne mise en examen devant la chambre d'accusation (article 199-1 du code de procédure pénale). C'est une procédure exceptionnelle peu connue par les acteurs de terrain.

1.2. L'origine de l'article 122-1 du Code Pénal

La première moitié du XIX^e siècle est marquée par la révolution psychiatrique et le développement d'idéaux humanitaires [2, 3, 4, 16]. Grâce aux travaux d'Esquirol et de Pinel, précurseurs indéniables des connaissances des malades mentaux, ces derniers font l'objet d'une considération particulière. L'article 64 en est le fruit : « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au temps de l'action ». Le malade mental, privé de sa raison, n'est plus un être libre et devient irresponsable au plan pénal. La responsabilité est le préalable à toute action pénale car on ne juge que les hommes doués de volonté libre [14, 15]. Le respect de son identité, telle qu'elle était envisagée à l'époque, a généré des spécificités judiciaires visant à le protéger et à l'écartier de la procédure, où, de fait, sa présence, compte tenu de ses particularités, n'était pas requise [29]. Au fil des siècles, jusqu'au début du XXI^e, on est allé vers une plus grande connaissance du malade mental dans sa pathologie, ses besoins et vers une meilleure prise en charge, ce qui a permis de travailler à s'éloigner de l'amalgame entre folie, dangerosité, maladie, vagabondage, perturbation sociale et délinquance.

1.3. Etat des lieux de l'irresponsabilité pénale pour cause de maladie mentale

Si l'on réalise une revue de la littérature concernant l'irresponsabilité pénale, on perçoit depuis plusieurs années qu'un courant de changement est perceptible dans les pratiques [27] :

- ✓ Le nombre de prononciations d'article 122-1 alinéa 1 a tendance à diminuer pour se stabiliser à un niveau très bas (0,4 % en 2003) alors que les faits divers causés par les malades évoluent proportionnellement à la démographie et à la délinquance globale [1] ;

- ✓ Parallèlement, l'incidence des articles 122-1 alinéa 2 [64] augmente avec des peines prononcées à l'encontre des auteurs de plus en plus lourdes ce qui ne reflète pas l'esprit initial de la loi qui incitait plutôt aux soins [25] ;
- ✓ La présence des malades mentaux dans les prisons est importante et ce, de façon poly factrice [8, 12] ;
- ✓ En 2003, D. Perben propose dans son projet de loi la création d'une « décision juridictionnelle spécifique » pour les malades irresponsables [5, 22].

2. PROBLÉMATIQUE

Le 15 septembre 2003, le Garde des Sceaux a annoncé la création d'un groupe de travail amené à réfléchir sur d'éventuelles modifications des règles applicables aux personnes déclarées préalablement irresponsables sur le fondement de l'article 122-1 du code pénal. Dans les conclusions, le groupe de travail propose que les procédures judiciaires concernant les irresponsables se terminent non plus par un non-lieu, mais par une décision juridictionnelle portant sur la réalité des faits commis, sur l'irresponsabilité médicalement constatée de l'auteur des faits et sur la fixation des dommages et intérêts dus aux victimes. Il suggère une audience spécifique devant une juridiction ad hoc composée du président du Tribunal de Grande Instance et de deux assesseurs, l'un de la chambre civile, l'autre d'une chambre correctionnelle chargée de statuer uniquement sur l'imputabilité des faits, les dommages et intérêts et les mesures de sûreté. Elle serait saisie soit après prononciation d'un non-lieu définitif, soit après appel. Le mis en cause comparaîtrait, si son état le permet, assisté d'un tuteur et d'un avocat. La juridiction se prononcerait également sur les demandes des parties civiles. Même si le projet de loi n'a pas été retenu, il a créé une onde de choc dans les milieux spécialisés et de nombreux magistrats, psychiatres, membres d'associations de victimes, journalistes se sont positionnés, non pas uniquement sur la possibilité d'une audience, mais aussi sur l'intérêt de l'éventuelle présence du malade irresponsable au procès. La réflexion et le débat se poursuivent encore en 2007. Ils

divisent psychiatres-experts, associations de victimes et magistrats.

Le travail réalisé par l'auteur est centré sur la question de la présence du malade irresponsable au procès pénal. Il l'aborde à travers deux axes principaux :

- ✓ Le premier est celui du comment et pourquoi les magistrats, les psychiatres, la société en sont arrivés à remettre en question depuis quelques années un présupposé ancien et stable datant du XIX^e siècle et qui consistait à écarter le malade irresponsable de la procédure ;
- ✓ Le second axe est la question de l'intérêt du malade dans cette comparution avec l'éventualité de vertus thérapeutiques. La comparution du malade mental irresponsable au procès pénal participe-t-elle à sa guérison ou répond-elle à d'autres impératifs ou intérêts qui ne le concernent que peu ?

3. MÉTHODE

Pour comprendre ces deux axes, l'auteur a réalisé une revue de la littérature et élaboré un questionnaire semi-directif.

Pour établir ce questionnaire, l'auteur a initialement ciblé et identifié plusieurs groupes de personnes : psychiatres experts, magistrats, membres d'associations, s'étant exprimés au niveau national sur le sujet de façon contradictoire. Il a effectué une bibliographie de leurs écrits respectifs. A l'aide de ces éléments, il a construit un questionnaire semi directif destiné à des représentants de la région Languedoc Roussillon des psychiatres experts, magistrats, et membres d'associations. Il a ainsi identifié localement 4 experts psychiatres localement actifs et reconnus, 3 magistrats en activité, et 3 psychologues membres d'associations que sont l'ADIAV (Association d'aide et d'information des victimes), le CIDF (Centre d'information des femmes et des familles) et Via Voltaire (Association de prise en charge des auteurs d'infractions violentes et des hommes violents).

Les questions de l'entretien semi-directif ont été réalisées et testées en coordination avec un psychiatre expert travaillant en psychiatrie adulte ainsi qu'avec le service de médecine légale et un psychologue. Un juriste pénaliste les a également revues. Le questionnaire est composé de 15 questions ouvertes et fermées avec une série de sous questions sensées aider le dérou-

lement de la réponse de la personne interrogée. Si le sujet répond de façon complète dès la question principale, les sous questions introduites par « si besoin » ne sont donc pas posées. 10 rendez vous ont été pris, étendus sur deux mois, pour proposer le questionnaire. Au cours de chaque entretien, l'auteur s'est présenté et a décrit son travail de façon identique à chaque interlocuteur à l'aide du préambule rédigé qui précède le questionnaire. En parallèle, il a construit une grille d'analyse des résultats qui s'est rempli au fil des réponses de chaque personne. Il a finalement retranscrit les réponses dans la grille et mis en évidence des idées-clés et comparé les réponses de chaque groupe.

4. RÉSULTATS

4.1. Un sujet d'intérêt pour la pratique et d'actualité : Questions 1 et 5 : Figures 1 et 2 et grille de lecture en annexes

4.2. La représentation du malade irresponsable : Questions 13, 14 et 15 : Figures 3, 4, 5 et grille de lecture en annexes

4.3. Le Comment et le Pourquoi de cette remise en cause :

- ✓ Le comment dans le questionnaire : Questions 2 et 3 : Grille de lecture et Figures 6, 7 en annexes ;
- ✓ Le pourquoi dans le questionnaire : Question 4 : Grille de lecture ;
- ✓ Le pourquoi dans la littérature :

Dans les écrits philosophiques de S. Tzitzis [23, 30, 31] l'évolution de la place de l'homme dans l'univers apparaît de façon claire. L'homme, dans son acception grecque fait partie intégrante du cosmos, dans une morale téléologique et hétéronomique. Toute perturbation à l'ordre du cosmos doit être restaurée pour un fonctionnement harmonieux de l'ensemble. Par la révolution Kantienne, l'homme est placé, après n'avoir été qu'une partie du tout, au centre et au cœur de la Nature. Il est, à l'heure actuelle, envisagé dans une dimension individuelle, d'autonomie et de droits fondamentaux non négociables, liés à son statut inhérent d'homme.

Parallèlement, le désinvestissement religieux qui a frappé le siècle dernier a placé l'homme dans une position délicate, comme celui d'un dieu aux pieds d'argile ; toute puissance et aspirations grandioses d'un côté, mais fragilité incontournable de la condition humaine et parfois risque de la démesure dans ses décisions (hybris) de l'autre [11]. Avec le recul du religieux, l'individualisme est l'autre fer de lance de cette fin du XX^e siècle [13, 24]. La crise du lien social dans une société où précarité, chômage et exclusion sont toujours d'actualité génère, en écho, un fort sentiment d'insécurité pour aujourd'hui et pour l'avenir. De plus, contrairement aux anciens qui préparaient l'avenir en respectant le passé, l'homme du XXI^e siècle est profondément inscrit dans le temps; ainsi, toute atteinte à l'ici et maintenant est difficilement supportable. Dans ce contexte, l'autre est vécu souvent comme menaçant, ce d'autant, que la communication à établir avec lui est difficile, comme cela peut être le cas avec le malade mental.

✓ Le comment dans la littérature :

Il semble qu'une partie de la réponse puisse se trouver dans la recherche de références, de points de repère forts, pour faire face aux problèmes rencontrés, comme le sont l'Etat, la loi et la judiciarisation [21, 28]. Une série de questions sociales est donc envisagée sous cet angle de vue sécuritaire : c'est aussi le cas de la question de la folie. C'est ce que l'on découvre dans le plan de prévention de la délinquance où les troubles psychiques sont largement envisagés en termes de sécurité publique (et parfois plus que de soins). De même, le rapport Burgelin [5] se fait l'écho des propositions Perben. Certains auteurs évoquent un retour à la conception ancienne de la santé mentale qu'on espérait dépassée. En parallèle, et grâce à un combat difficile, un long chemin a été parcouru au cours des deux dernières décennies quant à la promotion des droits des victimes d'infraction pénale [6]. D'abord reconnues dans la procédure civile et plus tardivement pénale (années 80), trois droits incontournables leur sont maintenant accordés : celui à la reconnaissance, à l'accompagnement et à la réparation [9, 10, 23]. Les victimes passent d'un statut passif à un statut actif de partie et font ainsi véritablement « irruption », dans le procès pénal mais aussi dans la scène sociale et médiatique. Ainsi, l'équilibre juste entre la reconnaissance indispensable des victimes dans leur dignité de personne et leur humanité et certaines dérives victimaires est parfois difficile à trouver. De plus, la place de la médiatisation importante des faits divers entraîne une grande émotion et une péjoration de l'évaluation des risques. Après une

période de transmission écrite et livresque de l'information, on est passé à une circulation accélérée, proche de l'emballage frénétique, via des supports visuels (télévision, internet). Les victimes peuvent aussi subir les conséquences de cette consommation accrue d'actualité journalistique, entraînant parfois pour elles, une victimisation secondaire [28].

Ainsi donc, d'un côté, l'homme n'a jamais été aussi porteur de valeurs intrinsèques indiscutables, mais n'a jamais connu, semble-t-il, un sentiment de solitude aussi grand face aux risques de la vie. De même, la société a gagné en humanité et en stabilité par le progrès des connaissances scientifiques et pluridisciplinaires en victimologie et par la place plus importante réservée aux victimes, mais paraît en même temps agitée par les remous d'une insécurité latente, largement relayée par les médias, et génératrice des réassurances judiciaires.

4.4. La présence du malade irresponsable : l'intérêt de qui ? Questions 6 à 12 : Grille de lecture et Figures 8 à 13 en annexes

5. DISCUSSION

5.1. Les biais de la méthode

Ils se situent en premier lieu dans le petit nombre de sujet inclus et dans l'aspect régional de la diffusion du questionnaire. L'auteur ne peut pas tirer de conclusions fermes de ses résultats mais des idées et des tendances. Un éclairage local sur la problématique qui transparaît dans la littérature nationale a été obtenu. De plus, connaître les personnes interrogées peut être considéré comme un biais puisqu'il s'agit de partenaires professionnels habituels. Ce biais a été limité par la proposition du même questionnaire à tous, avec la même présentation initiale de l'interviewer. La difficulté à recueillir des réponses au comment et au pourquoi de la proposition d'une audience pénale avec le malade irresponsable relève, peut être, en partie, du questionnaire, tant dans la formulation des questions, que dans la chronologie qui a été présentée. Pour le recueil des réponses, la réalisation d'une grille pour les questions fermées est assez simple. Par contre, pour les réponses ouvertes, la grille permet certes de colliger les réponses de façon synthétique, mais étant donné

leur diversité, elle ne contient pas tout le texte de chaque sujet interrogé. Pour réfléchir aux réponses, le choix a été fait de reprendre plutôt des tendances qui vont ou pas dans le même sens plutôt que toutes les réponses par le menu.

Le choix de la problématique est aussi un biais en soi puisque le parti pris a été de se centrer sur une facette d'une problématique beaucoup plus large qui est celle de l'évolution que connaît l'irresponsabilité pénale au titre de la maladie mentale en France. Seule une réflexion complète sur l'ensemble de ces points pourrait vraiment répondre à la première partie de ce travail sur le comment et pourquoi de cette évolution et donner ainsi un éclairage complet sur ce sujet. A noter que ce travail n'a pas la prétention d'être exhaustif mais d'éclairer un des aspects d'un sujet plus vaste qui mériterait d'être complété tant dans les fondements de la problématique que dans ses autres manifestations.

5.2. Les résultats

Un sujet d'actualité et d'intérêt pour les acteurs locaux

La question de la présence du malade mental à une audience pénale est un sujet qui intéresse les acteurs locaux, dont ils ont peu l'expérience, et qui réveille chez eux des souvenirs d'affaires difficiles. Les membres d'associations semblent particulièrement motivés pour y réfléchir et s'exprimer.

Une représentation du malade assez partagée, plus conjoncturelle que structurelle

La représentation que les personnes interrogées ont du malade irresponsable est assez partagée : elle semble à la fois liée à la profession de l'interlocuteur mais aussi aux actes que le patient réalise au fil de sa maladie. Pour tous, c'est une personne vulnérable, pourtant, pour une personne sur deux, c'est autant un malade qu'un criminel qui doit être traité par la justice comme un citoyen non malade. Cette image n'est pas en rapport avec les conceptions juridiques et médicales théoriques puisque sous ces deux acceptations, le malade irresponsable est avant tout un malade. L'image qu'ils ont de ce malade n'est donc pas structurelle, pragmatique et protectrice, mais plutôt conjoncturelle, irrationnelle et changeante en fonction de la gravité de ses transgressions.

Le comment et le pourquoi de cette remise en question

A l'origine de cette remise l'auteur trouve essentiellement dans la littérature, la modification radicale de la place de l'homme au sein de l'univers, avec la perte de la transcendance qui le laisse seul face à la question de la finitude et du hasard. En découle une acceptation difficile des faits divers inattendus d'où des demandes de justification. Le passage à l'acte du malade mental incarne par excellence l'irruption du non-sens dans le quotidien et plonge les citoyens dans une grande incompréhension par rapport à laquelle ils demandent des réponses. C'est alors le début d'une quête d'explications et d'une demande croissante de justifications qui émergent sous la forme de demandes sociales pressantes et flirtent souvent avec la démesure.

Le comment et le pourquoi dans le questionnaire, bien que difficiles à faire émerger, recoupent trois notions essentielles :

- ✓ En premier lieu, la nouvelle place accordée aux victimes depuis les années 80, générant des sentiments divisés entre associations, magistrats et psychiatres ;
- ✓ La demande sécuritaire qui vient combler une perte de confiance dans les institutions ;
- ✓ La dimension visuelle de la société actuelle avec une importante quête de sens de la part des victimes et de leur famille. Cette attente demande à être satisfaite par la vision du malade et la réalisation d'une procédure au grand jour.

L'intérêt de qui ?

• Comparaison intergroupe

Pour les personnes interrogées le malade irresponsable est essentiellement un psychotique délirant au moment des faits. Lorsque l'on compare les avis entre les trois groupes interrogés au sujet de la présence du malade à une audience pénale, les psychiatres sont en majeure partie défavorables, les associations favorables, les magistrats partagés. Il existe quasiment un effet classe. Mais quand on questionne les intéressés sur ce que pourrait apporter une telle situation et pour qui, les réponses au sein des groupes sont beaucoup plus partagées. Il existe alors trois types d'avis concernant l'éventuel intérêt de la présence du malade au procès :

- ✓ Soit le sujet interrogé, considère qu'il n'y a pas d'intérêt pour le malade, quel que soit le stade évolutif de sa maladie, ni pour les victimes, ni pour la société. C'est le cas de 3 psychiatres experts et d'1 magistrat ;
- ✓ Soit le sujet interrogé, considère qu'il y a un intérêt possible quand le malade a repris contact avec la réalité, pour lui, les victimes et la société. C'est le cas d'1 psychiatre expert, d'1 magistrat et de 2 associations de victimes ;
- ✓ Soit le sujet interrogé, considère qu'il y a un intérêt pour tous et chacun quel que soit l'état psychopathologique du malade. C'est le cas d'1 magistrat et d'1 association de victimes. Ils pensent également que la compréhension du malade n'est alors pas indispensable lors de sa comparution.

Ainsi s'il y a une certaine homogénéité dans la position globale des groupes interrogés, (favorables, défavorables), la question de l'intérêt des parties en présence est beaucoup moins consensuelle. De plus à la cohésion de la demande des associations, qui pensent avoir cerné les besoins des victimes, les psychiatres répondent par des théories différentes, tant au sujet du type de trouble concerné, que de son évolution dans le temps.

• *L'intérêt du malade : thérapeutique ou symbolique ?*

L'intérêt du malade dans cette audience est envisagé par les sujets interrogés sous l'angle du thérapeutique et du symbolique (pour les associations et un magistrat), alors que l'auteur n'avait anticipé que l'aspect thérapeutique ou non thérapeutique. Si l'intérêt thérapeutique paraît inexistant pour 3 psychiatres sur 4, l'intérêt symbolique pour le malade est, quant à lui, surprenant, puisque le psychotique n'a pas accès à la métaphore. Il s'agit donc, de la projection sur l'autre, malade et mal compris, de réponses symboliques que les citoyens attendent pour eux-mêmes. Mais n'est-ce pas là cautionner le sacrifice social de l'autre, différent de soi, pour faire taire les peurs collectives ? L'intérêt thérapeutique du malade pour les psychiatres de l'étude dans cette procédure paraît plus évoqué ou fantasmé que pragmatique. Il s'agit plutôt du sacrifice d'un perturbateur pour le bonheur et la réassurance « symbolique » de tous. Cette proposition d'audience pénale pour le malade irresponsable ressemble plus à un semblant de réponse proposée aux victimes et à la société qu'à une solution à leurs besoins profonds.

• *L'intérêt des victimes et l'intérêt social : fonction ou pas de l'état psychopathologique du malade ?*

La question de l'intérêt des victimes et de la société est, pour 8 sujets sur 10, indissociable du sens partagé par les parties en présence. Pourtant pour 2 personnes sur 10 ce sens n'a pas d'importance. Pour accepter le hasard d'un fait divers, un face à face avec un malade qui n'a pas accès au sens de la procédure, semble pour l'auteur être de l'ordre de la démesure. N'est-ce pas là le signe d'un surinvestissement dans une procédure qui perdrat ses spécificités actuelles ? De plus, la cicatrisation d'une blessure personnelle est un processus complexe, qui dépasse largement la procédure judiciaire.

• *Un glissement du rôle de la justice ?*

La question d'une justice thérapeutique émerge de façon implicite du questionnaire dans un glissement des attentes à l'égard du monde judiciaire. Là aussi, la démesure des espérances, (égalité de tous devant la justice, réponse absolue indispensable, point incontournable du cheminement de deuil.) telle une cristallisation de toutes les demandes, pourrait être annonciatrice de déception. De plus, sous le couvert d'une plus grande humanité, n'est-ce pas le germe de la disparition du respect du malade dans ses différences ?

• *Des représentations au réel*

Les éléments peu pragmatiques relevés dans les réponses au questionnaire évoquent plusieurs questions : comment réintroduire du rationnel dans la réflexion sur ce sujet, comment laisser à distance les émotions et les sentiments ? Face à cette ébullition, quel est donc le rôle du psychiatre ? Sûrement celui de se poser la question du sens de cette audience et de se positionner en tant que technicien humaniste aux côtés de son malade, sans céder aux pressions sociales. D'où l'importance de se coordonner entre spécialistes pour laisser transparaître un message clair qui puisse s'équilibrer avec les demandes sociales. De façon plus large, comment expliquer, l'impossibilité structurelle à donner du sens à un événement qui n'en a peut-être pas, tant la quête de transparence actuelle est forte ? La réponse est bien au-delà d'une simple proposition judiciaire et médicale et touche aux fondements des valeurs qui mobilisent les citoyens, à la façon dont ils abordent l'existence et ses risques. Comment replacer l'Homme dans un tout, dont il est à la fois une partie précieuse, mais aussi infime, soumis aux risques de l'existence, dont il ne sortira pas indemne, sans pour autant annuler les valeurs fortes qu'il porte en lui ?

Peut-être en lui proposant de « Restaurer le trouble de penser et la peine de vivre » [26].

- *Vers une organisation nouvelle à créer de façon pluridisciplinaire*

Une évolution pénale à prévoir et à organiser est évoquée par 6 personnes sur 10. La clarification du discours psychiatrique et le positionnement des spécialistes aux côtés de leurs malades, à distance des pressions multiples, sont pour l'auteur les premiers pas d'une nouvelle organisation à concevoir. Trouver un équilibre entre les intérêts différents de chaque partie, pour construire une justice restauratrice, plus que thérapeutique, paraît être le difficile objectif à atteindre ensemble et dans l'intérêt de tous.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tout particulièrement :

Monsieur le Professeur Hervé, pour la qualité de son accueil et de ses enseignements au sein de son laboratoire,

Messieurs les Professeurs Baccino et Boulenger, pour leur soutien sans faille,

Madame le Professeur François-Purssell pour sa disponibilité et son écoute,

Monsieur le Docteur Aguilar pour son accompagnement éclairé,

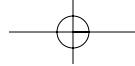
Messieurs Coffin et Moutel, pour leurs conseils attentifs,

L'ensemble des psychiatres experts, magistrats et membres d'associations interrogés, pour leur disponibilité, le partage de leurs réflexions et de leurs expériences de terrain, sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible,

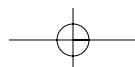
L'équipe de soins psychiatriques de Montpellier ville I, pour son aide précieuse et dynamique et sa motivation pour participer à des recherches différentes. ■

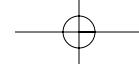
BIBLIOGRAPHIE

- [1] *Annuaire statistique de la justice*, Paris, La documentation française, Edition 2004.
- [2] BÉNÉZECH M. – Brève histoire de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux de l'Antiquité à nos jours, In : *Actes du Congrès International de l'Association Mondiale de Psychiatrie et de Psychologie Légales*, Paris, Expansion Scientifique Française, 1991, 7-14.
- [3] BÉNÉZECH M. – Données historiques anciennes sur la psychiatrie médico-légale. In : *2000 ans de psychiatrie*, Paris, Publication Ardix, 2000, p. 12.
- [4] BOULEY D. et al. – Les fondements historiques de la responsabilité pénale, *Annales médico psychologiques*, 2002, 160, 396-405.
- [5] BURGELIN – « Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention de la récidive », rapport Burgelin, Paris, avril 2005.
- [6] CARIO R. – Les droits des victimes : état des lieux, *Actualité Juridique Pénal*, 2004, 425-430.
- [7] DANAN M. – La responsabilité pénale et l'irresponsabilité, In : *Cours du diplôme universitaire de psychiatrie légale et expertale*, 2006.
- [8] DAUVER et al. – Éléments statistiques descriptifs concernant une population de 400 détenus au centre pénitentiaire de Caen. *Forensic*, 2002, 10, 15-21.
- [9] D'HAUTEVILLE A. – La place des victimes dans le procès pénal, www.oboulo.com, 9 janvier 2007.
- [10] D'HAUTEVILLE A. – Les droits des victimes dans la loi du 15 juin 2000, *Revue de Science Criminelle*, 2001, 107-113.
- [11] ERNER G. – *La société des victimes*, Paris, La découverte, 2006.
- [12] FAZEL S., DANESH J. – Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 2002, 359, 545-550.
- [13] FERRY L. – *Kant, Une lecture des trois « Critiques »*, Paris, Grasset, 2006.
- [14] FOUCAULT M. – *Surveiller et punir*. Paris, Gallimard, 1975.
- [15] FOUCAULT M. – L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale, *Déviance et société*, 1981, 5, 4, 403-422.
- [16] GUIGNARD L. – L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIX^e siècle, entre classicisme et défense sociale, Champ pénal, Responsabilité / Irresponsabilité pénale, mis en ligne le 17 juillet 2005. URL : <http://champ-penal.reviews.org/document368.html>.
- [17] *Journal de la Gironde*, Faits divers : le boucher expertisé, Bordeaux, 2004.
- [18] *Journal en ligne*, Pau : Romain, un schizophrène à la dérive, www.services.tf1.fr/news/france, 2005
- [19] Journal *Le Monde*, Que faire des malades dangereux en liberté ? 2005.
- [20] KRUGER A. – Critères de détermination de la responsabilité pénale, In : *Psychiatrie légale adulte*, Dunod, Paris, 1987, 15-18.



- [21] LEPOUTRE R. – L'expertise psychiatrique et les experts « psy », *Pluriels*, janvier 2002, 29, 1-18.
- [22] LIGIER D. – Rapport sur le projet de réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale des malades mentaux, www.justice.com, 19/06/2004.
- [23] LOPEZ G., TZITZIS S. – *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, 2004.
- [24] RAMEIX S. – *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Ellipse, 1996.
- [25] SENON J.L. – Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité, *Annales Médico Psychologiques*, 2004, 162, 646-652.
- [26] SENON J.L. – Evolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice, *L'évolution psychiatrique*, 2005, 70, 117-130.
- [27] SENON J.L. – « Troubles psychiques et réponses pénales », Champ pénal, Responsabilité / Irresponsabilité pénale mis en ligne le 15 septembre 2005. URL : <http://champ-penal.revues.org/document77.html>
- [28] SENON J.L., MANZANERA C. – Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ?, *Annales Médico Psychologiques*, 2005, 163, 870-877.
- [29] SENON J.L., MANZANERA C. – Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir. *A J Pénal*, Dalloz, 2005, 353-358.
- [30] TZITZIS S. – *Philosophie pénale*. Paris, PUF, 1996.
- [31] TZITZIS S. – *La personne criminelle et victime*, Québec, Diké, 2004.
- [32] VERGÈS R. – Polémique sur la comparution des malades mentaux, *Témoignages*, 26/12/03.
- [33] www.legifrance.fr, Le service public de l'accès au droit : article 122-1 alinéa 1.
- [34] ZAGURY D. – Faut-il juger les fous criminels ? *l'Express*, 19/01/04.





ANNEXES

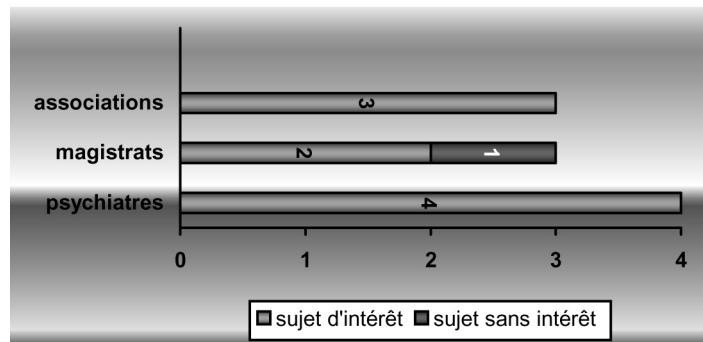


Figure 1 : S'agit-il pour vous, d'un sujet d'intérêt et d'actualité pour votre pratique ?

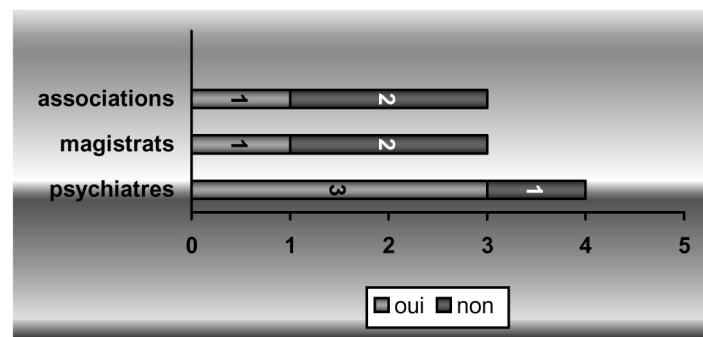


Figure 2 : Avez-vous l'expérience de l'article 199-1 du Code de Procédure pénale ?

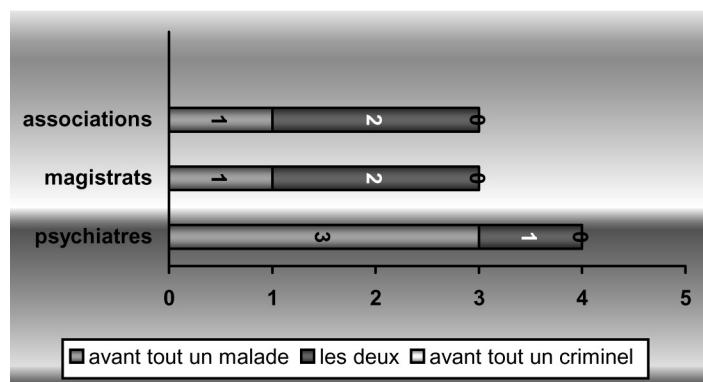


Figure 3 : La représentation du malade déclaré irresponsable.

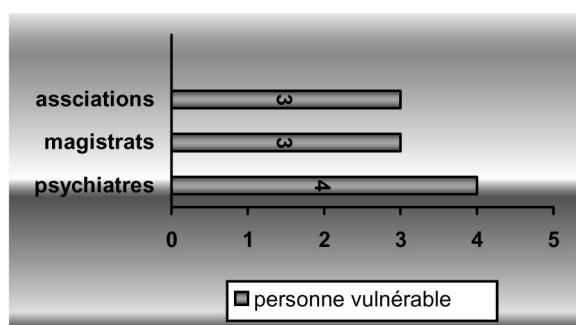


Figure 4 : Le malade irresponsable : une personne vulnérable ?

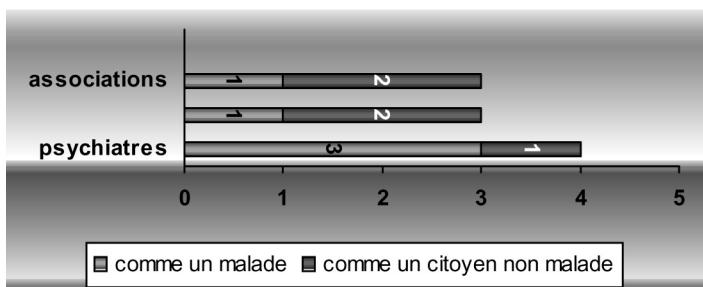
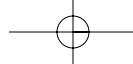


Figure 5 : Comment la société et la justice doivent-elles traiter le malade mental irresponsable ?

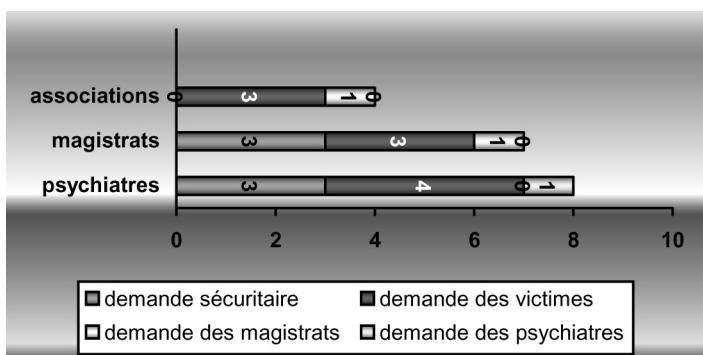


Figure 6 : Question 2 : A quoi pensez-vous que cette évolution, dans le regard porté sur le malade mental irresponsable, corresponde ? (Question à choix multiples).

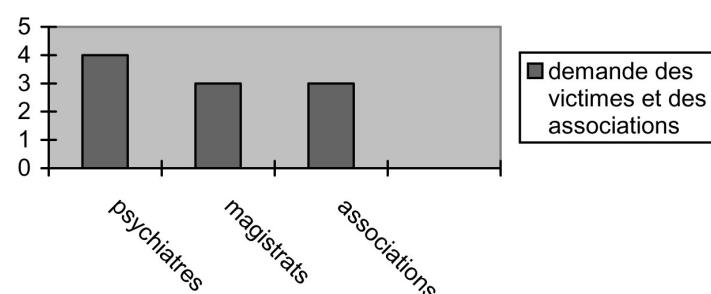


Figure 7 : Question 3 : Quelle est la proposition la plus importante expliquant cette évolution ?

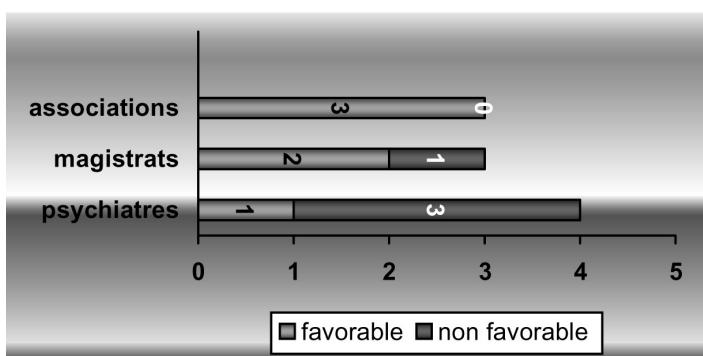
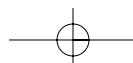


Figure 8 : Question 6 : Que pensez-vous de l'éventuelle présence physique à une audience pénale du malade mental préalablement déclaré irresponsable comme le proposait le projet Perben ?



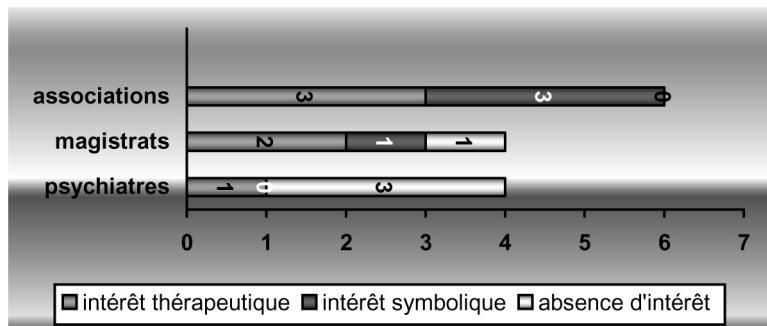
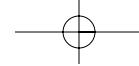


Figure 9 : L'intérêt pour le malade : thérapeutique, symbolique ou absent.

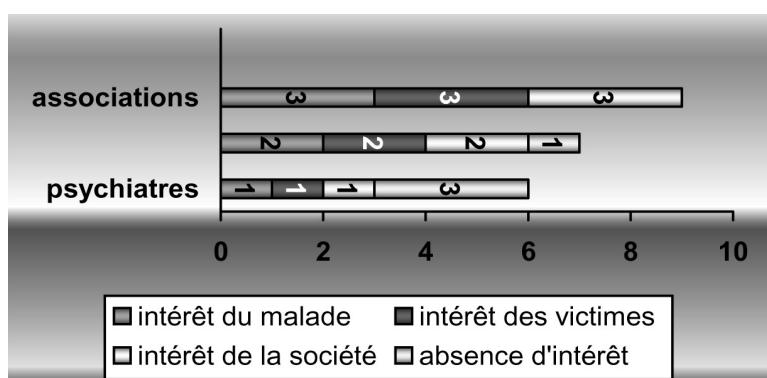


Figure 10 : L'intérêt de qui ?

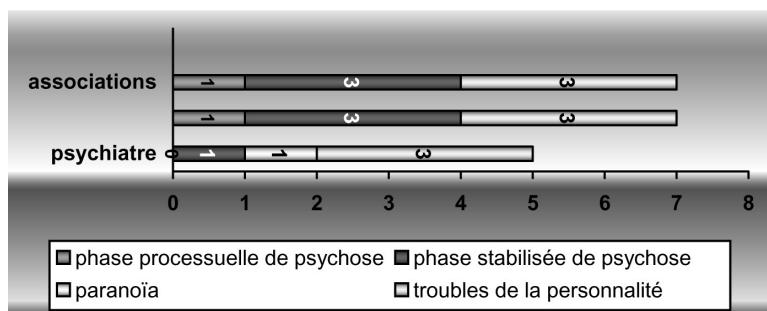


Figure 11 : Etat psychopathologique du malade irresponsable dont la présence au procès est envisageable.

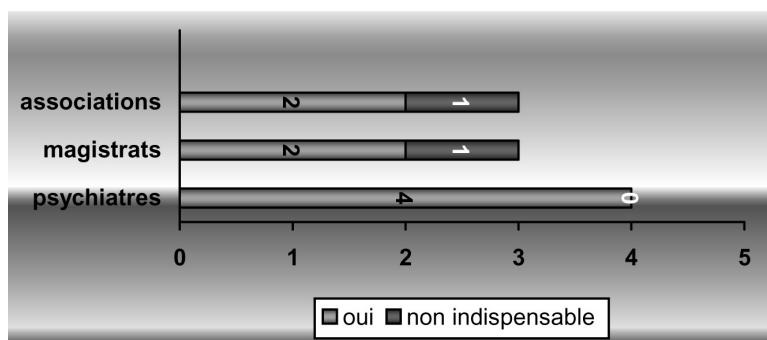
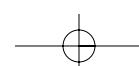


Figure 12 : Importance de la compréhension du sens de la procédure par le malade.



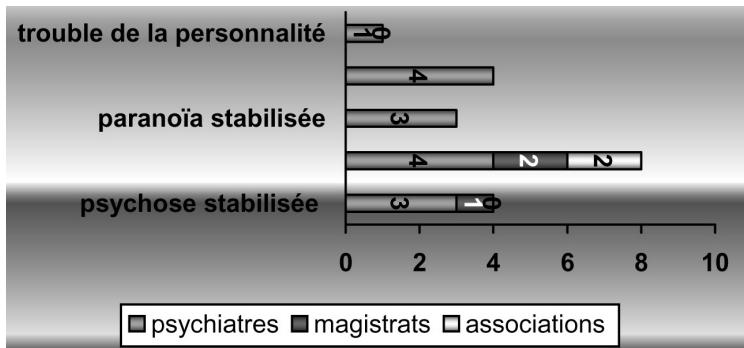


Figure 13 : Trouble psychopathologique contre indiquant la présence du malade.

QUESTIONNAIRE SEMI-DIRECTIF

Présentation personnelle

F. Caussé, psychiatre, chef de clinique à l'hôpital de Montpellier, effectuant une recherche dans le cadre du master 2 d'éthique médicale de Paris 5. Le sujet de ce travail concerne le malade mental irresponsable et la question de sa présence à une forme spécifique de procès pénal. Il s'agit d'un questionnaire en 15 points qui cherche à recueillir le point de vue de l'interlocuteur sur ce sujet.

Présence à une audience pénale du malade mental préalablement déclaré irresponsable

Lorsqu'une personne est déclarée pénalement irresponsable, la procédure judiciaire prend fin. Le malade mental déclaré irresponsable peut alors, sur décision administrative, accéder aux soins. En 2003, un projet de loi déposé par Dominique Perben prévoyait la création d'une « décision juridictionnelle spécifique » pour les malades irresponsables. Il s'agissait d'une audience avec le malade, où seraient discutés la réalité des faits commis, l'irresponsabilité médicalement constatée de leur auteur et les dommages et intérêts aux victimes. Ce projet n'a pas été adopté pourtant il a initié un débat entre professionnels qui posent aujourd'hui la question de l'intérêt de la présence au procès pénal du malade mental préalablement déclaré irresponsable.

Q1 : S'agit-il pour vous, d'un sujet d'intérêt et d'actualité pour votre pratique ?

Q2 : Pensez-vous que cette évolution dans le regard porté sur le malade mental irresponsable corresponde : (plusieurs réponses possibles)

- ✓ à une augmentation de l'exigence de la société en matière de sécurité ? oui/non
- ✓ à une demande des victimes et des associations de victimes ? oui/non
- ✓ à une demande des psychiatres ? oui/non
- ✓ à une demande des magistrats ? oui/non

Q3 : Parmi les réponses citées, quelle est celle qui vous paraît être la plus importante ?

Q4 : Selon vous, à quoi tient ce courant de pensée proposant la présence physique au procès pénal du malade mental préalablement déclaré irresponsable ?

Q5 : Le code de procédure pénale prévoit dans son article 199-1 datant de 1995 que les victimes peuvent faire appel d'une ordonnance de non-lieu et demander ainsi la comparution personnelle et physique de la personne mise en examen, si son état le permet, devant la chambre d'accusation.

- ✓ Dans votre pratique, avez-vous déjà connu cette situation ?
- ✓ Si oui, donnez un exemple.
- ✓ Qu'en pensez-vous ?
- ✓ Pourquoi ?

Q6 : Que pensez-vous de l'éventuelle présence physique à une audience pénale du malade mental préalablement déclaré irresponsable comme le proposait le projet Perben ?

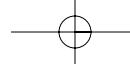
- ✓ Seriez vous plutôt favorable, défavorable ou sans opinion fermement arrêtée par rapport à cette pratique ?
- ✓ Pourquoi ?

Q7 : Selon vous, quels arguments plaident en faveur de cette pratique ? Pourquoi ?

- ✓ Si besoin :
- ✓ Selon vous, le malade peut-il en tirer des bénéfices y compris thérapeutiques ? oui/non
- ✓ Lesquels ? Pourquoi ?
- ✓ Selon vous, les parties civiles peuvent-elles en tirer des bénéfices ? oui/non
- ✓ Lesquels ? Pourquoi ?

Q8 : Selon vous, quels arguments plaident en défaveur de cette pratique ? Pourquoi ?

- ✓ Si besoin :
- ✓ Selon vous, quels risques (y compris médicaux) pourraient exister pour le malade ?



- ✓ Selon vous, cette comparution présente t elle des risques pour les victimes ?

Q9 : Selon vous, la question de la présence au procès pénal ou à une audience pénale du malade déclaré irresponsable peut-elle être envisagée en fonction de sa pathologie ? Expliquez dans quels cas

- ✓ Si besoin :
- ✓ Que pensez-vous de cette situation pour un porteur d'un trouble psychotique ? Pourquoi ?
- ✓ Que pensez-vous de cette situation pour un malade porteur d'un trouble de la personnalité ? Pourquoi ?

Q10 : Selon vous, quelles pathologies pourraient être incompatibles avec cette présence ? Pourquoi ?

Q11 : Vous semble t il important que le malade comprenne le sens de sa présence ? Pourquoi ?

Q12 : Selon vous, la question de la présence du malade déclaré irresponsable au procès pénal ou à une audience

pénale est-elle, pour une maladie donnée, à envisager en fonction de l'évolution des symptômes ? (phase de décompensation ou de stabilisation). Explicitez dans quel cas

Q13 : Selon vous, le malade déclaré irresponsable est-il avant tout ?

- ✓ un malade ? oui/non
- ✓ un criminel ? oui/non
- ✓ les deux sans distinction ? oui/non
- ✓ Pourquoi ?

Q14 : Selon vous, le malade déclaré irresponsable est-il une personne vulnérable ? oui/non, pourquoi ?

Q15 : Selon vous, comment la société et la justice doivent-elles traiter le malade mental irresponsable ?

- ✓ comme un malade ? oui/non
- ✓ comme tout citoyen non malade ? oui/non, Pourquoi ?

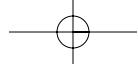
GRILLE DE LECTURE

Q1 : S'agit-il pour vous, d'un sujet d'intérêt et d'actualité pour votre pratique ?

Psychiatres	Oui Actualité Thérapeutique pour le malade?	Oui Question ancienne	Oui Limites de l'article 122-1	Oui Evolution sociale
Magistrats	Oui Préoccupant	Oui Préoccupant	Non Pas encore en vigueur	
Associations	Oui Demande des victimes	Oui Demande des victimes	Oui Demande des victimes	

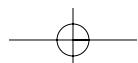
Question 5 : Dans votre pratique, avez-vous déjà connu l'application d'un article 199-1 du code de procédure pénale ?

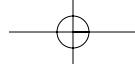
Psychiatres	Oui Rare, difficile	Oui difficile	Oui difficile	non
Magistrats	Oui Rare, difficile	non	non	
Associations	Oui décevant	non	non	



Questions : 13, 14, 15 : La représentation du malade par la personne interrogée

Psychiatres	Avant tout un malade Passage à l'acte secondaire à la maladie Vulnérable A protéger, à soigner, à accompagner Doit être traité comme un malade	Avant tout un malade Vulnérable Doit être traité comme un malade	Avant tout un malade Vulnérable Doit être traité comme un malade	Un malade et un criminel sans distinction Vulnérable Doit être traité comme un criminel non malade Le réintégrer au groupe
Magistrats	Avant tout un malade Vulnérable Doit être traité comme un malade	Un malade et un criminel sans distinction Vulnérable Doit être traité comme un criminel non malade	Un malade et un criminel sans distinction Vulnérable Doit être traité comme un criminel non malade	
Associations	Avant tout un malade Vulnérable Doit être traité comme un malade	Un malade et un criminel sans distinction Vulnérable Doit être traité comme un criminel non malade Egalité, réintégation	Un malade et un criminel sans distinction Vulnérable Doit être traité comme un criminel non malade	



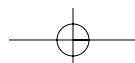


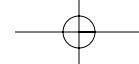
Questions 2 et 3 : Le comment dans le questionnaire

Psychiatres	Demande sécuritaire Demande des victimes et des associations 1° Visibilité	Demande sécuritaire Demande des victimes et des associations 1° Visibilité Perte de confiance	Demande sécuritaire Demande des victimes et des associations 1° Demande des psychiatres Visibilité	Demande des victimes et des associations 1° justice
Magistrats	Demande sécuritaire Demande des victimes et des associations 1° Transparence Risque zéro	Demande sécuritaire Demande des victimes et des associations 1° Transparence Risque zéro	Demande sécuritaire Demande des victimes et des associations 1° Demande des magistrats Perte de confiance Transparence	
Associations	Demande des victimes et des associations 1° Demande des psychiatres Egalité victimologie Visibilité	Demande des victimes et des associations 1° Egalité victimologie Visibilité	Demande des victimes et des associations 1° Egalité victimologie Visibilité	

Question 4 : Le pourquoi dans le questionnaire

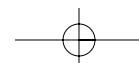
Psychiatres	Victimologie Mutation sociale	victimologie	victimologie	Mutation sociale Perte du religieux
Magistrats	Mutation sociale Victimologie	victimologie	victimologie	
Associations	Victimologie	victimologie	victimologie	

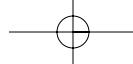




Questions 6 à 12 : La présence du malade irresponsable : l'intérêt de qui ?

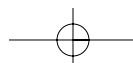
Psychiatres	Défavorable	Défavorable	Défavorable mais peut comprendre la demande	Favorable
	Intérêt malade, victimes, société=nul	Intérêt malade, victimes, société=nul	Intérêt malade, victimes, société=nul mais à discuter	Intérêt collectif fonction de l'évolution des troubles
	Non-sens collectif	Non-sens collectif	Non-sens collectif	Thérapeutique pour les victimes
	Comparution si troubles psychotiques non quelle que soit l'évolution des troubles	Comparution si troubles psychotiques quelle que soit l'évolution des troubles	Comparution si troubles psychotiques quelque soit l'évolution des troubles : non	Thérapeutique pour le malade
	Comparution troubles personnalité oui (responsables)	et de personnalité non	Comparution troubles personnalité oui (responsable)	Comparution si troubles psychotiques oui fonction de l'évolution des troubles
	La compréhension du malade est essentielle	La compréhension du malade est essentielle	Comparution paranoïaque : oui	Comparution troubles personnalité oui (responsables)
			La compréhension du malade est essentielle	Comparution paranoïaque : non
				La compréhension du malade est essentielle

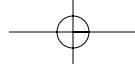




— SUITE — Questions 6 à 12 : La présence du malade irresponsable : l'intérêt de qui ?

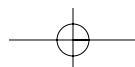
Magistrats	Défavorable	Favorable	Favorable	
	Intérêt malade, victimes, société=nul	Intérêt collectif fonction de l'évolution des troubles	Intérêt collectif des 3 parties	
	Non-sens collectif	Thérapeutique pour le malade	Symbolique, thérapeutique pour le malade	
	Comparution si troubles psychotiques non quelle que soit l'évolution des troubles	Comparution si troubles psychotiques oui fonction de l'évolution des troubles	Comparution si troubles psychotiques oui fonction de l'évolution des troubles mais pas forcément	
	Comparution troubles personnalité oui (responsables)	Comparution troubles personnalité oui (responsables)	Comparution troubles personnalité oui (responsables)	
	La compréhension du malade est essentielle	La compréhension du malade est essentielle	La compréhension du malade n'est pas essentielle	
Associations	Favorable	Favorable	Favorable	
	Intérêt collectif fonction de l'évolution des troubles	Intérêt collectif fonction de l'évolution des troubles	Intérêt collectif des 3 parties	
	Comparution si troubles psychotiques oui fonction de l'évolution des troubles	Comparution si troubles psychotiques oui fonction de l'évolution des troubles	Comparution indépendante de l'état psychopathologique du malade	
	Comparution troubles personnalité oui (responsables)	Comparution troubles personnalité oui (responsables)		
	Intérêt collectif fonction de l'évolution des troubles	Intérêt collectif fonction de l'évolution des troubles		

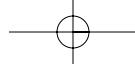




— SUITE — Questions 6 à 12 : La présence du malade irresponsable : l'intérêt de qui ?

	Intérêt symbolique et thérapeutique pour le malade Thérapeutique pour les victimes La compréhension du malade est essentielle	Intérêt symbolique et thérapeutique pour le malade Thérapeutique pour les victimes La compréhension du malade est essentielle	Intérêt symbolique et thérapeutique pour le malade Thérapeutique pour les victimes La compréhension du malade n'est pas essentielle	
--	---	---	---	--





Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2008 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1538-1

Printed in France

