



# **SOMMAIRE — CONTENTS**

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

2009 – VOL. 52 – N° 3-4 – MAI-JUILLET / MAY-JULY

**48<sup>e</sup> Réunion de l'Association  
 ITALO-BELGO-FRANCO-SUISSE\***

Bruxelles, Décembre 2008

*48<sup>th</sup> Meeting of the IBFS Association\**

## COMMUNICATIONS

Crémation : les leçons de l'ethnologie, G. Grévin.....	67
<i>Cremation: Lessons from Ethnology</i>	
Le décès par armes à feu de l'enfant dans le Centre tunisien, M. Jedidi, S. Mlayeh, M. Ben Dhiab, M.K. Souguir, T. Masmoudi, M. Zemni .....	71
<i>Death of Children Caused by Fire Arms in Central Tunisia</i>	
Évolution de la règle du Secret Médical en Tunisie, Z. Khemakhem, S. Bardaa, A. Ayadi, W. Ben Amar, H. Fourati, Z. Hammami, S. Maatoug.....	75
<i>Evolution of the Rule of Medical Confidentiality in Tunisia</i>	

---

\* Compte rendu des actes reçus / Report of the proceedings received.





Thrombose carotidienne et strangulation criminelle : à propos d'une observation, T. Masmoudi, M.K. Souguir, S. Mlayeh, M. Zemni .....	81
<i>Carotid Thrombosis and Criminal Strangulation: an Observation</i>	
La réforme de la loi sur les majeurs protégés (Loi 2007 – 3108 du 5 mars 2007), O. Rodat, R. Clément.....	84
<i>The Reform of the Law on Disabled Adults (Law 2007 - 3108 of 5 March 2007)</i>	
Un empoisonnement sournois dans un home, R. Vanbinst, V. Di Fazio, F. Bonbled .....	89
<i>Underhand Poisoning in a Home</i>	
Intoxication aiguë mortelle par le chardon à glu : à propos de 28 observations, M. Zhioua, F. Makhlof, O. Bakir, M. Ben Khelil, M. Hamdoun.....	93
<i>Acute Fatal Intoxication by the Piney Thistle Atractylis Gummifera: 28 Observations</i>	
Le viol : étude comparative entre la législation tunisienne et celle de pays européens, M. Zhioua, F. Makhlof, A. Benzarti, O. Bakir, M. Hamdoun.....	99
<i>Rape: a Comparative Study of Tunisian Legislation and Legislation in European Countries</i>	
Médecine Légale et Droit à la sûreté – Point de vue d'un magistrat, T. Cassuto .....	105
<i>Forensic Medicine and the Right to Safety – A Magistrate's Point of View</i>	
La preuve médico-légale par l'expertise ADN face au respect des droits de l'Homme dans le procès pénal, G. Fenech.....	111
<i>Forensic Proof by DNA Report Confronted with Human Rights in the Criminal Trial</i>	
Bulletin d'abonnement 2009 / <i>Subscription form 2009</i> , 80	
Recommandations aux auteurs / <i>Instructions to Authors</i> , couv. 3	





*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

## Crémation : les leçons de l'ethnologie

**Gilles GRÉVIN<sup>1</sup>**

Une étude ethnologique des crémations sur bûchers dans deux pays d'Asie a contribué à nourrir par ses acquis deux disciplines scientifiques différentes, l'anthropologie légale et l'archéologie.

Depuis plusieurs années, les crémations posent aux enquêteurs de nombreuses questions prégnantes soulevées par des observations et des constats consécutifs à des incendies ou à des homicides par le feu.

Pour tenter de répondre à ces questions, des chercheurs ont effectué des observations dans des crématoriums. Ces expériences ne sont pas significatives, puisqu'elles se déroulent dans des conditions totalement différentes : les températures sont préétablies et demeurent constantes durant la crémation. D'autre part, la tranche d'âge des sujets concernés est assez restreinte.

D'autres expériences ont porté sur des cadavres d'animaux ou sur des os secs. Mais elles sont très éloignées des crémations criminelles et des combustions accidentnelles.

Pour tenter de pallier ces déficiences, nous avons mis sur pied un programme de recherche ethnologique consistant en une étude des crémations de sujets de tous âges en Inde et au Népal. Le choix de ces pays a été justifié par la diversité des types de bûchers et des modes de crémation.

Trois méthodes de crémations sur bûchers ont été étudiées. Les observations ont porté sur 170 crémations avec prises de mesures des températures au moyen d'un thermomètre à laser.

Auparavant, il faut souligner l'existence de deux phénomènes liés à l'élévation de la température du foyer. Le premier consiste dans l'ouverture ou l'éclatement de la boîte crânienne qui subit une pression intérieure occasionnée par de la vapeur d'eau et par le gaz carbonique provenant de la décomposition de l'albumine du cerveau. Le second phénomène est lié à la déshydratation des tissus musculaires qui provoque un repliement des avant-bras et des membres inférieurs et une flexion des doigts de la main, communément appelés : attitude du boxeur.

1. CEPAM, UMR 6130 UNS-CNRS.

Expert près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence  
Laboratoire d'Anthropologie à Draguignan (Var)



Ces deux phénomènes sont connus du crémateur qui prend en général des dispositions pour en limiter les inconvénients : dans le premier cas, il couvre la tête avec des brassées de paille, ou bien il provoque une ouverture en assénant un coup avec une bûche, en début de crémation ; dans le second cas, il dispose une grosse bûche sur les chevilles, ou bien il attache celles-ci, ou bien il lie les gros orteils.

Exposons brièvement ces trois types de crémation :

### **PREMIÈRE MÉTHODE : CRÉMATION DE LONGUE DURÉE SANS INTERVENTION DU CRÉMATEUR**

Le défunt, enveloppé dans un linceul, est déposé en décubitus dorsal sur le bûcher. Il est recouvert de galettes de bouse de vache desséchées sur lesquelles sont étalées des brassées de paille. Sur cette paille, on coule de la terre argileuse liquéfiée qui, sous l'action de la chaleur durcira et formera une sorte de croûte, puis de la terre est plaquée sur les côtés du bûcher. Les bras ont été attachés ou coincés derrière le dos pour empêcher leur rétraction ; dans le même but, des briques ont été posées au-dessus des membres inférieurs.

La durée de cette crémation est de quinze à dix neuf heures, à une température de 425°C à 800°C. Pendant tout ce temps, le crémateur n'intervient jamais.

Dans ces conditions, les éléments du squelette complet demeurent dans l'ensemble en position anatomique. Ici la fragmentation, notamment des diaphyses, a été provoquée, après la crémation, par les personnes chargées du ramassage des os, afin de déposer ces derniers dans une urne.

### **DEUXIÈME MÉTHODE EN INDE : CRÉMATION EN DÉCUBITUS VENTRAL NON MENÉE À TERME ET AVEC INTERVENTION DU CRÉMATEUR**

Le bûcher est encadré par des traverses en bois reliées à un poteau planté à chaque angle, afin d'éviter son effondrement anarchique au cours de la crémation. Le corps est placé en décubitus ventral, les bras coincés par-dessous. Cette position masque les jets de liquide fusant à travers les parois abdominales

sous l'effet de la chaleur, suivis parfois de l'éclatement de l'abdomen. Les membres inférieurs, non immobilisés, se replient ; la tête se relève en arrière.

Le foyer est ringardé au moyen d'une perche en bambou pendant toute la crémation.

Lorsque des parties anatomiques carbonisées se détachent du corps sous l'action du crémateur, elles sont jetées dans le cours d'eau voisin. Bien que la crémation soit incomplète, le foyer est éteint au bout de 2 h et demie. Les températures, pour ce type de crémation, varient de 410 à 750°C.

Les fragments d'os brûlés ne sont pas significatifs quant à la position du corps sur le bûcher, en raison du ringardage du foyer par le crémateur.

### **TROISIÈME TYPE DE CRÉMATION ÉTUDIÉ AU NÉPAL : CRÉMATION DE COURTE DURÉE MENÉE À TERME AVEC INTERVENTION DU CRÉMATEUR**

Le défunt est déposé sur le bûcher en décubitus dorsal. Les bras sont coincés sous le dos pour empêcher leur rétraction. Quant à celle des membres inférieurs, elle est évitée de différentes manières.

Au bout d'un quart d'heure, le crémateur, armé d'une perche en bambou, brise les jambes au niveau des articulations tibio-fémorales. Il peut alors juxtaposer les cuisses et les jambes en rabattant celles-ci vers le haut. Dès lors, il diminue jusqu'à l'extrême limite le volume du foyer. Au bout d'une heure environ, une fois le corps réduit à l'état de tronc carbonisé, d'aspect goudronneux, le crémateur retourne celui-ci de temps à autre. Au stade ultime de la crémation, il veille à ce qu'il ne reste plus de tissu organique sur les os et que ces derniers soient extrêmement fragmentés.

Le dernier élément à rester en connexion anatomique est le rachis.

Ce type de crémation dure environ 3 heures, à des températures variant de 410° à 800 °C.

L'intérêt de ces deux derniers types de crémation réside dans le fait que le corps, demeurant apparent la plupart du temps, sa combustion puisse mieux être observée.

**Quels sont les principaux apports de ces trois modes de crémation à l'anthropologie légale ?**

La combustion d'un corps étant un phénomène complexe, des précisions liminaires doivent être données.

En effet, il faut préciser que les diverses expériences effectuées sur des cadavres d'animaux et les observations faites dans des crématoriums sont très éloignées des réalités de la combustion de corps accidentelle ou criminelle ; dans celles-ci, comme dans les bûchers, la température d'ustion n'est jamais uniforme et constante.

Les tissus mous du corps sont de mauvais conducteurs thermiques. Ils ne sont combustibles qu'en contact permanent avec le feu. Les graisses du corps, facilement fusibles, peuvent constituer un combustible d'appoint momentané, mais ne suffisent pas à entretenir le foyer, donc à prolonger la combustion du corps.

- ✓ Les diverses crémations sur bûchers que nous avons observées permettent de décrire les stades de la destruction d'un corps humain par le feu et d'enregistrer leurs durées respectives :

De 0 à +/- 15 mn : échauffement progressif de la peau et des tissus musculaires. Formation de phlyctènes.

+/- 15 à 30 mn : rupture ou éclatement de la boîte crânienne. Ballonnemement du ventre. Repliement des avant-bras simultanément ou successivement (avec un intervalle pouvant parfois atteindre 15 minutes), flexion des doigts accompagnée d'une chute progressive en goutte des phalanges au niveau des articulations inter-phalangiennes (cette chute peut se produire 2 minutes après le repliement des avant-bras).

+/- 30 mn : les membres inférieurs se replient à leur tour tandis que l'épiderme et le derme se crevassent sur tout le corps et commencent de se carboniser.

+/- 30 à 45 mn : liquéfaction et ruissellement de la graisse. Jets de liquide au travers de la paroi abdominale suivis parfois de l'éclatement de l'abdomen. Membres supérieurs profondément carbonisés.

+/- 45 à 60 mn : les articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales ainsi que le tronc intact sont carbonisés (ce dernier a un aspect goudronneux). Les os des membres sont mis à nu ; leur couleur peut varier du jaune au blanc.

+/- 60 à 75 mn : la cage thoracique et l'abdomen ouverts laissent apparaître organes et viscères carbonisés. Début de carbonisation en profondeur de la ceinture scapulaire, du rachis et de la ceinture pelvienne.

+/- 90 à 120 mn : tête, ceinture scapulaire, rachis et ceinture pelvienne demeurent encore en solide connexion.

+/- 130 à 180 mn : les ceintures scapulaire et pelvienne se fragmentent progressivement. Les corps vertébraux demeurent encore quelques temps en connexion avant de se disloquer.

- ✓ Nous avons remarqué qu'en fonction des stades de synostose des sutures du crâne, et sous l'effet d'une montée rapide de la température du foyer, la boîte crânienne peut s'ouvrir ou éclater.
- ✓ Dans le cas d'une combustion totale d'un corps avec intervention du crémateur, la position de ce corps sur le bûcher n'est pas déterminable à partir des fragments d'os.
- ✓ La multi-fragmentation des os déjà fragilisés par une haute température dépend de l'action du crémateur.
- ✓ La combustion d'un corps à haute température, quelle qu'en soit la durée, ne détruit pas l'aspect de l'os, même fragmenté. En ce qui concerne les dents, leur émail éclate et elles peuvent être morcelées.
- ✓ Une même région anatomique ou un même os d'un membre peut refléter, par une succession d'aspects et de couleurs, des stades de combustion.
- ✓ Nos observations ont complété les corrélations entre les températures de combustion, les changements de couleur des os et les phases de leur dégradation : cf. tableau I.

Ces observations ont pu être exploitées avec succès pour des identifications de personnes et pour des reconstitutions de crémations en utilisant des pores.

Tous ces acquis sont loin d'être définitifs. Ils permettent cependant de mieux appréhender le phénomène de la combustion du corps. Ces mêmes enseignements constituent un apport à l'anthropologie légale et, de ce fait, un éclairage supplémentaire pour l'exercice de la justice. ■

**Tableau I.**

<b>Stades d'ustion</b>	<b>Couleur</b>	<b>Température</b>	<b>Observations</b>
<b>I</b>	Blanc jaunâtre Blanc cassé Brunâtre	Jusqu'à 200° C +/- 250° C	Comme un os non brûlé et frais Premier rétrécissement (1 %) dû à l'évaporation jusqu'à 300° C Ensuite, jusqu'à 750° C plus de rétrécissement
<b>II</b>	Marron Marron foncé Noir	+/- 300° C +/- 400° C	Combustion incomplète, carbonisation des os
<b>III</b>	Gris Gris-bleu Gris clair laiteux	+/- 550° C	Os compact encore noir
<b>IV</b>	Blanc laiteux mat Couleur craie	A partir de 650-700° C	Surface d'aspect crayeux, os peu résistant et léger A partir de 750° C rétrécissement continu et plus important
<b>V</b>	Blanc	+/- 800° C	Surface plus ou moins lisse Fissures en forme de parabole Tissu spongieux jaune ocre Rétrécissement maximum (10-12 %)
<b>VI</b>	Blanc	+/-1000° C 1600° C	Déformation de l'os Début de fusion des os



*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

## Le décès par armes à feu de l'enfant dans le Centre tunisien

**M. JEDIDI<sup>1</sup>, S. MLAYEH<sup>1</sup>, M. BEN DHIAB<sup>1</sup>, M.K. SOUGUIR<sup>1</sup>,  
T. MASMOUDI<sup>1</sup>, M. ZEMNI<sup>1</sup>**

### **INTRODUCTION**

---

La mortalité liée aux armes à feu est très variable d'un pays à un autre. Ce phénomène est très fréquent dans certains pays. En Tunisie, les décès par armes à feu sont rares. Ceci s'explique en grande partie par une réglementation très restrictive en matière de commerce et de détention des armes à feu toutes catégories confondues. Des enfants peuvent être des victimes comme ils peuvent être les auteurs de ces décès.

Le but de ce travail est d'étudier les particularités des décès des enfants par armes à feu dans la région du centre tunisien.

### **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

---

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive des cas de décès par armes à feu des individus âgés de

moins de 18 ans [1] colligés au service de médecine légale de l'hôpital Farhat Hached de Sousse (Tunisie) durant une période de 18 ans de 1990-2007.

Le service de médecine légale de l'hôpital Farhat Hached de Sousse reçoit les cadavres d'une grande partie du centre tunisien soit une population estimée à 1 144 000.

Pour recueillir les données de l'étude, nous nous sommes basés sur les dossiers des autopsies médico-légales.

### **RÉSULTATS**

---

Durant la période allant de 1990 à 2007, 6 554 autopsies ont été pratiquées parmi lesquelles 27 cas de décès par armes à feu soit 0,41 % des causes de décès. La répartition selon la forme médico-légale de ces décès est résumée dans le tableau I.

1. Service de médecine légale, CHU Farhat Hached, 4000 Sousse, Tunisie – mlayehsouheil@yahoo.fr



**Tableau I :** Répartition selon la forme médico-légale des décès par armes à feu.

Nature	Accident	Homicide	Suicide	Total
Nombre	11	10	6	27

Seuls 6 cas de décès d'enfants ont été colligés durant cette période, soit 0,9 % de l'activité autopsique du service. Les données médico-légales de ces 6 cas sont récapitulées dans le tableau II.

## DISCUSSION

### 4.1. Nombre total de cas

Les blessures mortelles par armes à feu dans le centre tunisien sont rares et ne représentent que 0,41 % des causes de décès durant la période de l'étude. Les victimes étaient des enfants dans seulement 6 cas (0,9 %). Ce résultat est proche de la série médico-légale de Sfax (sud tunisien) où les blessures létales

par armes à feu représentent 0,76 % (27/3 543) des causes de décès.

La mortalité liée aux armes à feu est très variable d'un pays à l'autre. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique aux Etats-Unis d'Amérique où l'incidence de ces décès atteint 11,7 décès / 100 000 habitants [3, 4]. Dans les pays européens, la mortalité est moins importante allant de 0,1 à 0,5 décès / 100 000 personnes [5]. Dans certains pays musulmans comme la Turquie, cette mortalité est importante et atteint 1,58 décès / 100 000 personnes [6] alors qu'elle est faible en Arabie Saoudite où elle est de 0,35 décès / 10 000 personnes [7].

La faible incidence des décès par armes à feu dans notre étude peut s'expliquer surtout par une législation tunisienne restrictive en matière de vente, de possession et de détention d'armes à feu. En effet, le port d'armes de première catégorie est formellement interdit sauf pour certains services publics qualifiés. Le port d'arme de deuxième et troisième catégories est aussi prohibé sauf pour de très rares autorisations, parmi lesquelles le port d'armes de chasse [8]. La classification des armes à feu en Tunisie est représentée dans le tableau III.

**Tableau II :** Données médico-légales des 6 cas.

Cas n°	Age	Sexe	Circonstances	Auteur	Nature de l'arme	Examen et autopsie
1	2 ans	M	Accident lors du nettoyage de l'arme	Oncle	Fusil de chasse	Tir à bout portant au niveau du dos
2	3 ans	M	Accident lors de l'entretien de l'arme	Père	Fusil de chasse	Tir à bout portant au niveau du thorax
3	7 ans	M	Accident lors de la préparation de l'arme pour la chasse	Père	Fusil de chasse	Tir à bout portant au niveau de la face
4	13 ans	F	Accident lors du nettoyage de l'arme	Frère (policier)	Pistolet de service	Tir à très courte distance au niveau de l'orbite
5	15 ans	M	Accident de jeux	Ami	Fusil de chasse	Tir à bout portant au niveau du crâne
6	17 ans	M	Suicide		Fusil de chasse	Tir à bout portant au niveau du genou avec blessures vasculaires

**Tableau III :** Classification des armes à feu en Tunisie.

Catégorie	Description
1	armes à feu et leurs munitions destinées à la guerre
2	armes à feu de défense et leurs munitions, les armes de tir, de foire ou de salons
3	armes de chasse et leurs munitions
4	armes de collection, armes à air comprimé ou armes de 6 mm et 9 mm

Dans notre étude, l'arme la plus utilisée (5 cas sur 6) était le fusil de chasse. Ceci est conforme aux résultats des autres séries du nord de la Tunisie (Tunis) et du sud (Sfax) [2, 9] traduisant le fait qu'en dehors des forces armées de l'état, les seules armes accessibles au citoyen sont celles destinées à la chasse.

#### 4.2. Formes médico-légales de la mort

Le nombre de morts accidentelles par armes à feu était le plus fréquent avec 5 cas sur 6. Dans tous les cas, le tir était en rapport avec une erreur humaine. Généralement, il s'agit d'un défaut d'attention lors du nettoyage ou de l'entretien d'une arme à feu dont on a oublié qu'elle était chargée. Il est ainsi opportun de signaler, qu'une partie des mesures préventives devrait être centrée sur les dangers de la manipulation d'armes à feu.

Le suicide par armes à feu est très rare dans notre étude avec seulement un cas observé (cas n° 6). Dans cette observation, le tir au niveau du genou est survenu suite à des menaces de suicide perpétrées par l'enfant à son entourage. La lésion mortelle était une hémorragie massive par blessure des vaisseaux poplités. L'étude réalisée dans le sud tunisien (Sfax) confirme la rareté du suicide de l'enfant par arme à feu dans notre société. Ainsi, Khémakhem [2] a noté que les armes à feu étaient le 7<sup>e</sup> mode de suicide mais avec aucun cas d'enfant signalé. À l'inverse, ces armes sont un moyen de suicide très utilisé dans plusieurs pays. Aux USA et en Turquie, les armes à feu sont le moyen de suicide le plus utilisé avec respectivement 59 % et 51,6 % [10, 11] alors qu'en Australie, les armes à feu viennent après la pendaison dans les modes de suicide les plus utilisés [11].

#### 4.3. Sexe des victimes

Dans notre série, les enfants victimes étaient majoritairement des garçons (5 cas / 6). Cette prédominance masculine a été retrouvée dans les autres séries médico-

légales tunisiennes de Ben Moussa à Tunis et de Khémakhem à Sfax [2, 9]. Cette prédominance existe également dans les séries étrangères [3, 10, 11].

On retrouve également chez les enfants, cette notion de sur-représentation masculine des « populations médico-légales » qui est d'autant plus nette que la cause de décès est plus violente.

#### 4.4. Nature et origine de l'arme

Dans notre étude, l'arme en question était une arme de chasse, personnelle ou familiale de type fusil de chasse dans 5 cas sur 6. Dans un seul cas (cas n° 5), l'arme était professionnelle (pistolet de Police).

La fréquence des fusils de chasse s'explique par l'interdiction de port d'arme de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> catégories. Les rares autorisations délivrées ne concernent que le port d'arme de 3<sup>e</sup> catégorie et pour les fusils de chasse uniquement. Cette autorisation est contrôlée annuellement par les autorités compétentes.

Dans notre étude, l'auteur du tir était toujours un proche de la victime, un membre de sa famille ou un ami. Tous les accidents étaient survenus au domicile familial ou d'un parent proche. Dans l'étude américaine de Grossman, l'arme incriminée était dans 65 % des cas celle d'un proche de la victime et l'accident survenait dans le domicile d'un parent de la jeune victime dans 75% des cas [12].

### PRÉVENTION

Malgré la petite taille de l'échantillon, notre étude nous a permis de démontrer que la prévention des décès d'enfants par armes à feu doit passer par une meilleure sensibilisation des adultes et surtout des membres de la famille vis-à-vis des règles de rangement et d'entretien de l'arme.

Soulignons enfin, le rôle préventif important de notre législation très restrictive vis-à-vis de la détention des armes à feu.

### CONCLUSION

Les décès des enfants par armes à feu restent rares dans notre région. Généralement, la mort survient acci-

dentellement, lors de l'entretien d'un fusil de chasse dans le domicile familial ou d'un parent proche. Les victimes sont souvent de sexe masculin.

Cette étude permet de cibler l'action préventive sur les familles propriétaires de fusil de chasse. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Art. 3 de la loi n° 95-92 du 9 novembre 1995, relative à la publication du code de la protection de l'enfant.
- [2] KHEMAKHEM Z., AYADI A., BEN AISSA M., BARDAA S., FOURATI H., HAMMAMI Z., MAATOUG S. – Le suicide dans la région de Sfax. *J. Méd. Lég.*, 2004, 47, 254-258.
- [3] EBER GABRIEL B., ANNEST JOSEPH L., MERCY JAMES A. and RYAN GEORGE W. – Nonfatal and Fatal Firearm-Related Injuries Among Children Aged 14 Years and Younger: United States, 1993–2000. *Pediatrics*, 2004, 113, 1686-1692.
- [4] SCHNEIDER M.J. – *Introduction to Public Health*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 2000, p. 268-271.
- [5] QUATREHOMME G., YASAR ISCAN M. – Analysis of beveling in gunshot entrance wounds. *Forensic Sci. Int.*, 1998, 93, 45-60.
- [6] AZMAK D., ALTUN G., BILGI S., YILMAZ A. – Firearm fatalities in Ederine, 1984-1997. *Forensic Sci. Int.*, 1998, 95, 231-239.
- [7] ELFAWAL M.A., AWAD O.P. – Firearm fatalities in eastern saoudia arabia: impact of culture and legislation. *Am. J. Forensic Med. Path.*, 1997, 18, 4, 391-396.
- [8] Art. 14-16 de la loi n° 69-33 du 12 juin 1969, réglementant l'introduction, le commerce, la détention et le port des armes.
- [9] BEN MOUSSA A. – Contribution à l'étude médico-légale des lésions provoquées par balles provenant d'armes à feu : a propos de 33 observations, thèse de médecine, Tunis (Tunisie) 1977.
- [10] AGRITMIS H., YAYC N., COLAK B., AKSOY E. – Suicidal deaths in childhood and adolescence. *Forensic Sci. Int.*, 2004, 142, 25-31.
- [11] BYARD R.W., MARKOPOULOS, PRASAD, EITZEN, JAMES R. A., BLACKBOURNE B., KROUS H.F. – Early adolescent suicide: a comparative study. *J. Clin. Forensic Med.*, 2000, 7, 6-9.
- [12] GROSSMAN D.C., REAY D.T., BAKER S.A. – Self-inflicted and Unintentional Firearm Injuries among children and adolescents: The Source of the Firearm. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 1999, 153, 875-878.



*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

# Évolution de la règle du Secret Médical en Tunisie

**Zouhir KHEMAKHEM<sup>1</sup>, Sami BARDAA<sup>1</sup>, Adnène AYADI<sup>1</sup>, Wiem BEN AMAR<sup>1</sup>,  
Hazem FOURATI<sup>1</sup>, Zouhir HAMMAMI<sup>1</sup>, Samir MAATOUG<sup>1</sup>**

## **1. INTRODUCTION**

---

Parler du secret médical, nous renvoi à rappeler l'éloquente phrase prononcée Monsieur le Professeur Portes : « Il n'y a pas de Médecine sans Confiance, pas de Confiance sans Confidence, pas de Confidence sans Secret ».

Le Secret Médical fait partie de la règle générale du Secret Professionnel [1]. C'est une règle universelle et connue depuis l'antiquité. Il semble que le texte le plus ancien en la matière est attribué au Roi Salomon, à plus de 900 ans avant Jésus-Christ et reproduit par la suite dans la Bible [2]. Il est institué, dans la pratique médicale, depuis l'ère d'Hippocrate aussi bien dans un intérêt social que dans un intérêt individuel. Son observance doit être en principe générale et absolue, tant sur le plan religieux, philosophique, humanitaire que juridique.

La Tunisie, État de Droit, a bien fondé légalement cette règle, et ce, à travers plusieurs textes de lois et de règlements, comme le Code Pénal [3], le Code de

Déontologie Médicale [4], le Statut des personnels de l'État [5], le Code de Procédures Civiles [6], et enfin la nouvelle Loi organique de 2004 [7] et ses décrets d'application.

Nous donnons dans un premier chapitre les grandes lignes et directives en Tunisie en matière du secret médical avant l'an 2004, puis nous abordons dans un deuxième chapitre les nouveautés et les apports de la nouvelle loi en 2004.

## **2. AVANT 2004**

---

Sur le plan pénal, l'article 254 du Code Pénal Tunisien, dans son alinéa premier, incrimine la violation du secret professionnel et prévoit des peines de 120 dinars et/ou 6 mois d'emprisonnement.

L'alinéa second a prévu une autorisation de dénonciation des avortements jugés illégaux par les praticiens, faute de quoi, ces derniers n'encourent pas de peines [3].

---

1. Service de Médecine Légale, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie.



Sur le plan déontologique, l'article 8 du Code de Déontologie Médicale stipule que le Secret Médical concerne notamment le corps médical qui doit l'observer scrupuleusement et en toute circonstance dans la pratique médicale.

Par ailleurs, l'article 9 du Code de Déontologie Médicale, édicte que la règle du secret médical ne concerne pas uniquement les médecins, mais concerne encore le corps para médical, en effet les médecins doivent inciter les paramédicaux à observer le secret médical lors de l'exercice de leurs professions [4].

Pour les médecins, fonctionnaires de l'État, l'article 6 du Statut des Personnels de l'État, prévoit des sanctions administratives, en cas de non respect de la règle du secret professionnel [5].

Sur le plan procédural, l'article 100 du Code de Procédures Civiles, prévoit les métiers qui devront être soumis à la règle stricte du secret professionnel, ainsi, les Médecins comme les Juges, les Avocats, les Huissiers notaires... sont soumis à cette règle, faute de quoi des actions civiles de réparation peuvent être intentées par la ou les parties lésées [6].

Les dérogations légales obligatoires, au secret médical, qui ont été prévues sont les suivantes :

- ✓ Déclaration des décès: selon l'article 3 de la loi 57-3 réglementant l'état civil [8].
- ✓ Déclaration des naissances: selon l'article 4 de la loi 57-3 réglementant l'état civil [9].
- ✓ Certificat médical initial en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle : Lois de 1994 (dans le secteur privé) [10] et de 1995 (dans le secteur public) [11].
- ✓ Certificat médical pour Hospitalisation sans consentement d'un malade mental : Loi de 1992 (complétée par une autre loi en 2004) [12].
- ✓ La Déclaration des maladies transmissibles et des décès qui en résultent (Loi n° 2007-12 du 12 février 2007, modifiant et complétant la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles.) et appartenant à la liste des maladies transmissibles à déclaration obligatoire, annexée à cette loi [13].
- ✓ Signalement de mauvais traitements aux enfants, et ce, en application de l'article 31 du Code de la Protection de l'enfant [14].

- ✓ Délivrance d'un Certificat médical Prénuptial: selon la loi de 1966 et son arrêté d'application de 1985 [15].
- ✓ Dénonciation d'un crime ou d'un projet de crime: article 1 de la loi n° 66-48 [16].

La seule dérogation facultative prévue est la dénonciation d'avortements jugés illégaux par les médecins, et ce, selon l'alinéa 2 de l'article 254 du Code Pénal Tunisien [3]. Il faut rappeler que le médecin n'encoure pas de poursuites pénales en cas de non dénonciation de ce type d'avortement.

### **3. APRÈS 2004**

C'est la nouvelle Loi Organique n° 2004 - 63 du 27 juillet 2004, portant sur la protection des données à caractère personnel.

Le traitement des données à caractère personnel, relatives à la santé, a fait l'objet d'une section d'un chapitre entier, c'est le CHAPITRE V Section II [7].

#### **3.1. Protection des données à caractère personnel et Droits de l'Homme**

Au sens de l'article 1<sup>er</sup> de cette nouvelle loi organique, le droit à la protection des données à caractère personnel fait partie des Droits de l'Homme.

Selon l'article 4 de cette loi, nous entendons par données à caractère personnel : Toutes les informations quelle que soit leur origine ou leur forme et qui permettent directement ou indirectement d'identifier une personne physique ou le rendant identifiable, à l'exception des informations liées à la vie publique ou considérées comme telles par la loi.

Dans le sens de renforcement du respect de la dignité et des intimités de l'Homme, l'article 9 de cette loi a fait allusion aux questions de devoir de respect de la dignité humaine, de la vie privée et des libertés publiques en toutes circonstances de traitement de ces données, et même l'article 17 a prévu l'interdiction de toute sorte de contrepartie ou d'octroi d'un avantage contre le traitement de n'importe quelle donnée quelle que soit son importance, et l'article 18 a obligé pour le traiteur, le sous traiteur ou le responsable du traitement de la prise des règles de précautions afin d'assurer la sécurité des données.

Déjà, la protection des données à caractère personnel constitue une norme constitutionnelle en Tunisie, en effet l'article 9 de la Constitution de la République Tunisienne, modifié par la loi constitutionnelle n° 2002-51 du 1<sup>er</sup> juin 2002, stipule que : « L'inviolabilité du domicile, le secret de la correspondance et la protection des données personnelles sont garantis, sauf dans les cas exceptionnels prévus par la loi » [17].

### **3.2. Conditions du traitement**

L'article 7 de cette loi de 2004 stipule que le traitement doit faire l'objet d'une déclaration préalable à l'Instance Nationale de la protection des Données à Caractère Personnel, Instance dont le fonctionnement a été promulgué par décret en 2007 [18].

En l'absence de réponse dans un mois pour le demandeur du traitement, une acceptation implicite est sous entendue.

Quoique cette déclaration soit retenue, laquelle n'exonère pas l'hébergeur du traitement de données de la possibilité de recours contre lui pour des actions en responsabilité pénale, civile, administrative ou même ordinaire.

Par ailleurs, les conditions de déclaration des données ont été décrétées dans le Journal Officiel de la République Tunisienne (Décret n° 2007-3004) [19].

Les conditions pour Le Responsable du Traitement, l'Agent ou le Sous-traitant, ont été édictées par l'article 22 et qui sont les suivantes :

- ✓ Être de Nationalité Tunisienne,
- ✓ Être Résident en Tunisie,
- ✓ Être Sans Antécédents Judiciaires.

### **3.3. Droits de la Personne Concernée (Section III)**

Les droits de la personne concernée sont le droit au consentement, le droit à l'accès et le droit à l'opposition :

- ✓ Droit au Consentement (Sous section 1) :

Ce Consentement doit être exprès et écrit par la personne intéressée. Cette dernière a le droit à la rétraction à tout moment et sans pour autant le justifier.

- ✓ Droit à l'accès (Sous section 2) :

La personne concernée a le droit de Corriger, de Compléter, de Rectifier, de Mettre à jour, de Modifier, de Clarifier, d'Effacer (Supprimer) les données qui lui semblent inexactes, fausses, calomnieuses, transgressant les intimités, dépassées par les évènements ou même inutiles. Elle a droit à obtenir une copie en langue claire, compréhensible et intelligible, en fonction de ses capacités intellectuelles.

- ✓ Droit à l'Opposition (Sous section 3) :

Cette opposition, de la part de la personne concernée, suspend immédiatement le traitement.

### **3.4. Communication et Transfert des Données (Chapitre IV)**

Au sens de l'article 47, il appert l'existence d'une interdiction de communication, sauf si ces données sont nécessaires à l'exécution des missions confiées aux autorités publiques (Sécurité Publique, Défense Nationale), ou que ces données sont nécessaires à la mise en œuvres des poursuites pénales, ou que ces données sont nécessaires à l'exécution d'une mission dans le cadre de l'application d'une loi ou d'une réglementation. Ces trois exceptions ou dérogations constituent d'ores et déjà de nouvelles dérogations légales au secret médical en Tunisie et qui ont été rappelées par l'une des circulaires du Ministère de la Santé Publique de la Tunisie en 2008.

### **3.5. Le Cas de L'Enfant**

Ce sont les articles 28, 30 et 47 qui ont abordé la question du traitement des données personnelles concernant l'enfant. Ce traitement doit être assujetti préalablement au consentement du tuteur légal et à l'autorisation du juge de la famille. Ce dernier peut ordonner le traitement, sans le consentement du tuteur, et ce, dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Ils ne devraient pas exister de fins publicitaires dans ce sens. La seule dérogation qui peut être retenue et réclamée en la matière c'est la question qui peut se rapporter à la sûreté de l'État, et ce, aux termes et sens de l'article 47 de la dite loi.

### **3.6. Le Cas du Traitement Automatisé des Données**

Selon l'article 37 de cette loi de 2004, le Responsable du Traitement, l'Agent ou le Sous-traitant doit donner la possibilité d'envoi électronique des données

par la personne concernée, son tuteur, ou ses héritiers, avec toute la possibilité offerte de rectification, de modification ou d'effacement de certaines données.

### **3.7. Collecte, Conservation, Effacement, Destruction des Données (Chapitre IV)**

La collecte doit se faire aux prés des personnes concernées directement.

La conservation doit être établie en termes de délais préalablement fixés dans la déclaration à l'Instance Nationale de la protection des Données à Caractère Personnel, et dans le cadre du respect de la législation en vigueur

L'effacement des données ne peut également être fait qu'aux prés des personnes concernées directement.

Quant à la destruction des données, elle est proposée dès l'expiration des délais de conservation, en cas de réalisation des finalités, ou en cas d'inutilité (il n'y a plus d'utilité) pour le responsable du traitement.

## **4. SECRET MÉDICAL ET RESPONSABILITÉ**

À l'instar du système judiciaire français, comme ce l'a été bien rappelé par Markus [20], le droit tunisien incrimine la violation du secret médical et prévoit des sanctions à l'encontre du médecin fautif.

### **4.1. Violation du secret = Faute déontologique**

La règle du secret médical constitue en Tunisie une norme déontologique, sa violation constitue une faute aux prescriptions déontologiques édictées par le code de déontologie en vigueur [4]. Le conseil de discipline, siégeant au sein du conseil national de l'ordre des médecins en Tunisie, compétent en la matière, peut prononcer des sanctions disciplinaires contre le médecin fautif, quelque soit son grade et qu'il soit médecin de libre pratique ou de la santé publique, et ce, suite à une plainte saisie par l'ordre des médecins.

### **4.2. Violation du secret = délit**

L'article 254 du code pénal tunisien dispose, en effet : « *Sont punis d'un emprisonnement de six mois*

*et de cent vingt dinars d'amende, les médecins, chirurgiens et autres agents de la santé, les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, de secrets qu'on leur confie, qui, de par leur état ou profession, sont dépositaires de secrets, auront, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, révélé ces secrets. » [3].*

Selon l'article 97 de la nouvelle loi de 2004, l'article 254 du Code pénal s'applique au responsable du traitement, au sous-traitant, à leurs agents, au président de l'Instance nationale et à ses membres qui divulguent le contenu des données à caractère personnel sauf dans les cas prévus par la loi [7].

### **4.3. Violation du secret = faute civile**

Lorsque la violation du secret médical a causé un préjudice moral ou matériel, le médecin qui l'a commis est tenu de le réparer. Ceci n'intéresse pas seulement le cadre d'une faute intentionnelle mais aussi quand la révélation résulte d'une imprudence ou d'une négligence.

### **4.4. Violation du secret = faute de service**

Le médecin qui agit dans le cadre du service public hospitalier et qui transgresse le devoir de secret peut s'exposer à une sanction professionnelle infligée dans le cadre des procédures spécifiques à la fonction publique hospitalière.

En somme, le médecin fautif, qui entrave la règle du secret médical, peut voir sa responsabilité engagée à un niveau uniquement ou à plusieurs niveaux en même temps [6].

## **5. CONCLUSION**

Le Secret Médical est actuellement en pleine évolution juridique en Tunisie, d'autant plus et davantage avec l'avènement de l'E-Santé, comme nouveau moyen de télécommunication de plus en plus utilisé par le personnel médical et paramédical.

Cela n'empêche notre pays à donner plus de valeur et d'importance aux questions de respect des droits l'Homme concernant ses intimités et ses confidences



dans le domaine de la santé et aux secrets concernant l'Enfant.

Cette nouvelle loi de 2004 a proposé plus de sérieux, d'appoint et de rigueur quant à la préservation de la sécurité aux données personnelles traitées. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] MALICIER D., MIRAS A., FANTON L., FAIVRE Y., FEUGLET A. – *La responsabilité médicale*, ESKA, Paris, 1999, p. 303-312.
- [2] LOIRET P. – *La théorie du Secret Médical*, Masson, Paris, 1988, p. 29.
- [3] Code pénal. Décret du 19 juillet 1913 (5 châabane 1331), (*JOT* n° 79 du 1<sup>er</sup> octobre 1913), modifié par la Loi n° 2005-46 du 6 juin 2005, portant approbation de la réorganisation de quelques dispositions du code pénal et leur rédaction, (*JORT* n° 48 du 17 juin 2005). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne 2006.
- [4] Code de déontologie médicale. Décret n°93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale (*JORT* n° 40 des 28 mai et 1<sup>er</sup> juin 1993 page 764). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne 1993.
- [5] Statut des personnels de l'État (Version Française). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne, 2006.
- [6] Code de Procédures Civiles (Version Française). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne, 2003.
- [7] Loi Organique n° 2004 - 63 du 27 juillet 2004, portant sur la protection des données à caractère personnel. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 61 du 30 juillet 2004, p. 1988-1997.
- [8] Code du Statut Personnel. Article 3 de la loi 57-3 Réglementant l'État Civil (annexée à ce code). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne, 2006.
- [9] Code du Statut Personnel. Article 4 de la loi 57-3 Réglementant l'État Civil (annexée à ce code). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne, 2006.
- [10] Régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles. (Secteur privé). (*JORT* « Version Française » n° 15 du 22 février 1994 : 308-318). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne 1998.
- [11] Loi n° 95-56 du 28 juin 1995 portant régime particulier de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 53 du 28 mai 1999, p. 815-818.
- [12] Loi n° 2004-40 du 3 mai 2004, modifiant et complétant la loi n° 92-83 du 3 août 1992, relative à la santé mentale et aux conditions d'hospitalisation en raison de troubles mentaux. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 37 du 7 mai 2004, p. 1219-1220.
- [13] Loi n° 2007-12 du 12 février 2007, modifiant et complétant la loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 14 du 16 février 2007, p. 484.
- [14] Loi n° 95-92 du 9 novembre 1995, relative à la publication du code de la protection de l'enfant. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 9 du 10 novembre 1995, p. 2095-2103.
- [15] Loi n° 64-46 du 3 novembre 1964, portant institution d'un Certificat médical Prénuptial et son Arrêté d'application de 1985. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 90, p. 1728.
- [16] Loi n° 66-48 du 3 juin 1966, relative à l'abstention délictueuse. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) du 3 juin 1966, p. 879-880.
- [17] Constitution de la République Tunisienne (Version Française). Publications de l'Imprimerie Officielle de la République Tunisienne, 2004, p. 10.
- [18] Décret n° 2007-3003 du 27/11/2007, fixant les modalités de fonctionnement de l'instance nationale de protection des données à caractère personnel. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 096 du 30/11/2007, p. 4038-4039.
- [19] Décret n° 2007-3004 du 27/11/2007, fixant les conditions et les procédures de déclaration et d'autorisation pour le traitement des données à caractère personnel. *Journal Officiel de la République Tunisienne* (Version Française) n° 096 du 30/11/2007, p. 4039-4041.
- [20] MARKUS J.-P. – Secret professionnel du chirurgien-dentiste. *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-842-A-05, 2007.



## **ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2009**

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

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)
- « Médecine Sexuelle »
- « Journal d'Économie Médicale »
- « Journal International de Bioéthique » (bilingue)

Nombre d'abonnements   
Number of subscriptions

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**



*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

# Thrombose carotidienne et strangulation criminelle : à propos d'une observation

**T. MASMOUDI<sup>1</sup>, M.K. SOUGUIR<sup>1</sup>, S. MLAYEH<sup>1</sup>, M. ZEMNI<sup>1</sup>**

## **INTRODUCTION**

La thrombose carotidienne post traumatique est rare, son incidence a été estimée à environ 0,2 % des traumatismes crâniens et à moins de 3 % de l'ensemble des traumatismes carotidiens [1]. La thrombose de l'artère carotide interne est une complication rare de la compression du cou, elle est encore moins fréquente dans la strangulation manuelle [2].

## **CAS CLINIQUE**

Une patiente âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a été hospitalisée en milieu de réanimation pour un état de coma. Les circonstances de survenue de ce coma qui ont été alléguées par l'environnement de la patiente étaient un traumatisme crânien suite à une chute.

L'examen de la patiente à son admission a retrouvé un état d'obnubilation associé à une hémiplégie

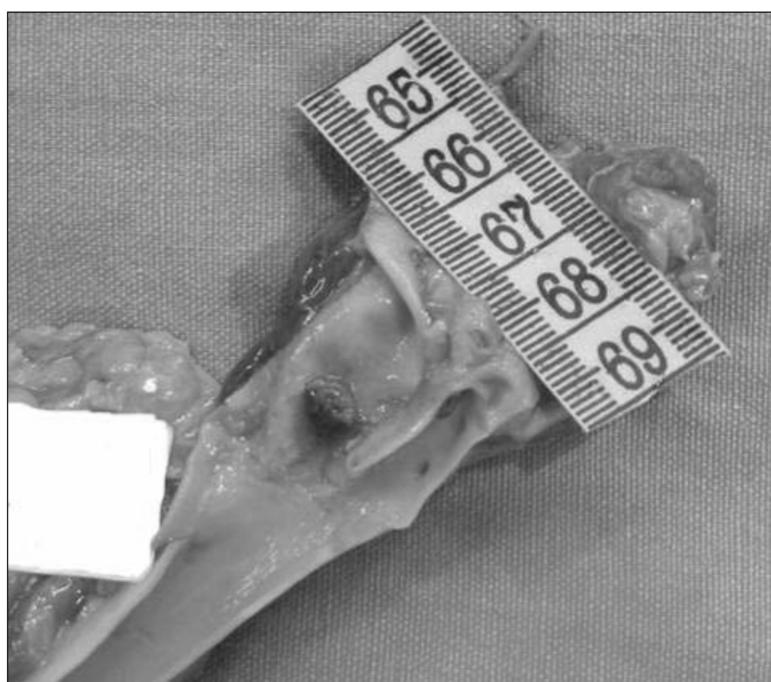
gauche. Il a été noté par ailleurs des lésions traumatiques suspectes à type d'ecchymoses du cou et des membres. L'exploration radiologique de la patiente a mis en évidence au scanner cérébral des lésions ischémiques bilatérales prédominant à droite ainsi qu'une thrombose sylvienne moyenne droite. L'angiographie cérébrale a retrouvé un thrombus de l'artère carotide interne droite. La pratique d'une échographie cardiaque a permis d'éliminer l'éventualité d'une cardiopathie emboligène.

Malgré des soins intensifs adaptés et la mise en route d'une héparinothérapie et d'un traitement anti-convulsivant, la patiente est décédée au terme de sept jours d'hospitalisation. L'enquête judiciaire préliminaire a révélé que la patiente était une femme battue par son conjoint. Une autopsie judiciaire a été ordonnée pour préciser les causes du décès.

L'examen du cadavre a mis en évidence des lésions traumatiques à type d'ecchymoses et d'écchymoses de la face, du cou (une ecchymose en bande violacée cervicale antérieure droite para médiane horizontale, une ecchymose violacée sous mentonnière gauche para

1. Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire Farhat Hached, Sousse, Tunisie.





**Photo 1 :** Thrombose carotidienne droite.

médiane) et des écorchures ecchymotiques des quatre membres. La dissection du cou a retrouvé des lésions importantes: une ecchymose sous-cutanée cervicale latérale gauche, une ecchymose étendue sous-cutanée cervicale latérale droite, une infiltration hémorragique du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, un manchon ecchymotique péri-carotidien droit, un thrombus fibrino-cruorique au niveau de l'origine de la carotide interne droite (photo 1), une ecchymose cervicale pré vertébrale antérieure, une ecchymose de la membrane thyro-hyoïdienne droite, l'absence de fracture de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde. Au niveau du crâne, le cerveau pesait 1 320 g et était d'aspect oedématé avec un gonflement prédominant sur l'hémisphère droit.

Le décès a pu être rapporté à une anoxie cérébrale sur thrombose carotidienne compliquant une strangulation cervicale.

## DISCUSSION

Quatre types de mécanisme de thrombose carotidienne post traumatique sont décrits dans la littérature. Le type I résulte d'un traumatisme direct du cou. Le type II est un étirement de la carotide en rapport avec une hyperextension et une rotation controlatérale de la

tête, il représenterait 90 % des causes de thrombose carotidienne et il est essentiellement observé au cours des accidents de la circulation (Coup du lapin). Le type III correspond à un traumatisme intra-oral par un corps étranger. Enfin le type IV résulte de fractures complexes de la base du crâne.

Le mécanisme évoqué en cas de strangulation est le type I par compression de la carotide primitive après sa bifurcation contre les reliefs osseux [3].

Le point de départ de la thrombose est le plus souvent est une lésion de l'intima carotidienne, voire une dissection de la paroi artérielle, la fréquence de la rupture de l'intima des carotides en rapport avec une strangulation varie entre 5 % et 20 % [4].

La moitié des victimes ayant survécu à une strangulation n'ont aucune marque visible sur le cou et 35 % des victimes présentaient des lésions mineures. Seulement 55 % des victimes se sont plaint de douleurs cervicales avant leur hospitalisation [5].

La majorité des patients ont des manifestations retardées, seulement 39 % le jour même de l'incident. Le laps de temps entre le traumatisme incriminé et la première manifestation neurologique peut aller de quelques heures à quelques semaines voire quelques mois.



Seulement 10 % des patients développent une symptomatologie bruyante dans l'heure, 80 % restent asymptomatiques pendant 10 heures [6]. Sur le plan clinique, on retrouve schématiquement :

- ✓ Des manifestations mineurs : céphalées, cervicalgie, névralgie ;
- ✓ Des manifestations neurologiques, parfois un tableau psychiatrique. ■

## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] RAYATT S.S., MAGENNIS P., HAMLYN P.J. – Carotid artery thrombosis following a penetrating oro-pharyngeal injury of unusual aetiology. *Injury* 1998, 29, 4, 329-322.
- [2] VANEZIS P., CLAYDON S.M., CHAPMAN R.C., AL-ALOUSI L.M. – Internal carotid artery thrombosis following manual strangulation. *Medicine, Science and the Law* 1993, 33, 69-71.
- [3] TIEULIÉ N., THI HUONG D.L., DUHAUT P., FUR A., WECHSLER B., PELROTH M., PIETTE J.-C. – Thrombose bilatérale des carotides : rechercher une strangulation, même très ancienne. *La revue de médecine interne* 2003, 24, 469-473.
- [4] HAUSMANN R., BETZ P. – Delayed death after attempted suicide by hanging. International. *Journal of Legal Medicine* 1997, 110, 3, 164-166.
- [5] CLAROT F., VAZ E., PAPIN F., PROUS B. – Fatal and non-fatal bilateral delayed carotid artery dissection after manual strangulation. *Forensic Science International* 2005, 149, 143-150.
- [6] WEIMANN S., RUMPL E., FLORA G. – Carotid occlusion caused by seat belt trauma. *Eur J Vasc Surg* 1988, 2, 3, 193-6.





*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

## La réforme de la loi sur les majeurs protégés (Loi 2007 – 3108 du 5 mars 2007)

**O. RODAT<sup>1</sup>, R. CLÉMENT<sup>1</sup>**

La loi 207-3108 du 5 mars 2007 portant réforme sur la protection juridique des majeurs entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et remplace une législation désuète du 3 janvier 1968.

Quarante ans se sont passés et le vieillissement de la population a souligné l'inadéquation entre ce dispositif législatif et la population à protéger.

Le rapport FAVARD en a pointé les dérives :

- ✓ D'une part, le critère légal d'altération des facultés personnelles de l'intéressé a été largement perdu de vue et l'obligation de présenter un certificat médical n'est pas universellement respecté car en cas de saisie d'office du Juge des Tutelles, celui-ci n'est pas tenu d'en requérir l'établissement.
- ✓ Les critères retenus par le Juge pour ouvrir une mesure de protection s'éloignent de cette seule appréciation médicale.

- ✓ Dans une enquête publiée par l'IGAS en juillet 1998 sur plusieurs centaines de dossiers de tutelle ou de curatelle d'état, les deux premiers motifs retenus par le Juge étaient, bien entendu, l'altération mentale et/ou physique mal documentée et le deuxième motif était le surendettement et la prodigalité.
- ✓ La priorité familiale dans la dévolution des mesures a été battue en brèche, la proportion de tutelle confiée à des mandataires professionnels est de plus de 41 % et souvent le Juge ne motive pas sa décision de confier la mesure à un tiers.
- ✓ Le non-respect de la graduation des mesures conduit à des situations inadaptées aux besoins car rien n'oblige les Juges à réviser régulièrement les décisions qu'ils prennent. Il faut dire que l'évolution du nombre des personnes protégées est exponentielle. De 85 000 en 1975,

---

1. Centre Fédératif médico-légal, CHU de Nantes – Université de Nantes, France.



elles sont passées 445 000 en 1995 et à 697 000 en 2005.

La loi du 3 janvier 1968 était devenue désuète par certains aspects ou silencieuse, en particulier dans le domaine de la protection de la santé du majeur incapable.

En effet, jusqu'alors la législation avait pour seul objet la protection des biens du majeur protégé et c'est de manière indirecte que le représentant légal s'occupait de la personne. Désormais, l'article 415 du code civil proclame que : « *Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire... Cette protection est instaurée dans le respect des libertés individuelles des droits fondamentaux et de la dignité de la personne. Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'économie de celle-ci...* ».

De la sorte, la réforme s'appuie sur des principes forts :

- ✓ Tout d'abord le **principe de nécessité**. Le bénéfice d'un régime de protection doit être réservé au seul cas où l'altération des facultés mentales ou corporelles, de nature à empêcher l'expression de la volonté est médicalement constatée. (article 425 du code civil). Un simple besoin d'accompagnement social de la personne ne doit pas conduire à la mise en œuvre d'une mesure de protection judiciaire.
- ✓ De la sorte, l'ouverture d'une mesure de protection se limitera au cas d'altération de la faculté mentale et corporelle médicalement constatée par un médecin agréé par le Procureur. La prodigalité ou l'oisiveté ne justifie plus la curatelle. Le constat médical est exigible dans tous les cas.
- ✓ Le **principe de subsidiarité** correspondant au principe de nécessité signifie que seule l'altération des facultés mentales n'est pas suffisante à elle seule pour justifier la mise en place d'une mesure de protection. Il faut que aucun autre dispositif plus léger ou moins restrictif des droits ne puisse être mis en œuvre.

La graduation des mesures est inscrite dans la loi. L'allègement des mesures est facilité alors que leur aggravation est conditionnée par un nouveau constat médical. Il est donc nécessaire de s'assurer qu'une autre solution est possible.

✓ Le **principe de proportionnalité** fixe que la mesure doit être proportionnée et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé. Une tutelle n'est prononcée que si une curatelle est insuffisante, une curatelle n'est prononcée que si une sauvegarde de justice est insuffisante.

✓ La loi pose donc le **principe du retour à la priorité familiale**, de sorte que la protection est un devoir pour les familles et la collectivité publique.

## LES DISPOSITIONS COMMUNES

La loi du 5 mars 2007 pose donc le principe que la protection porte sur les biens, mais aussi sur la personne. Cela signifie que ces conditions de vie et de logement sont protégées aussi longtemps que possible. Le médecin inscrit sur la liste établie par le Procureur de la République doit être consulté avant de procéder à un acte de mise à disposition en particulier pour l'entrée dans un établissement.

Les mesures de protection sont placées sous la surveillance générale du Procureur et du Juge des Tutelles. Le Procureur peut saisir le Juge des Tutelles (article 430 du code civil). Ce dernier est le seul à pouvoir ordonner une décision de protection. Le législateur pose un principe très fort : « *La demande est accompagnée, à peine d'irrecevabilité, d'un certificat circonstancié rédigé par un médecin choisi sur une liste établie par le Procureur de la République.* »

*Le coût de ce certificat est fixé par un arrêt du Conseil d'Etat, le médecin inscrit sur la liste peut solliciter l'avis du médecin traitant de la personne qu'il y a lieu de protéger. L'intéressé peut être accompagné d'un avocat ou, sous réserve de l'accord du Juge, par toute autre personne de confiance* ».

Ces dispositifs traduisent les articles 430 à 432 du code civil.

Ils expriment, de manière précise, une dérogation au secret puisque le médecin inscrit sur la liste peut prendre attaché avec le médecin traitant pour confronter sa décision ou le commentaire qu'il fera à l'autorité qui le saisit. On soulignera aussi que toute autre personne de son choix peut bien sûr faire référence à la personne de confiance.

De la sorte, les cas d'ouverture d'un régime de protection sont limités à la seule altération, soit des facultés corporelles, soit des facultés mentales, médicalement constatée et qui est de nature à empêcher l'expression de la volonté des personnes dans l'impossibilité de pourvoir seules à leurs intérêts et qui peut justifier de la sorte une mesure de protection.

Le Juge des tutelles ne peut plus se saisir d'office (article 430 du code civil) sur signalement d'un intervenant social ou d'un tiers.

Le juge devra donc constater l'inapplicabilité des mesures moins contraignantes avant de déclencher une mesure de protection. Les articles 217 à 219 du code civil permettent la saisie du Juge des Tutelles par un époux pour être autorisé à représenter, de manière durable ou à l'occasion d'un acte particulier, son conjoint hors d'état de manifester sa volonté sans qu'une mesure de protection ne soit pour autant ouverte. (Décret n° 2004-1158 du 29/07/2004).

La nouveauté de la loi est de prévoir la caducité des mesures. En effet pour la sauvegarde de justice, celle-ci est fixée à un an et n'est renouvelable qu'une seule fois. Pour la tutelle et la curatelle, la durée doit être fixée sans dépasser 5 ans, l'avis du médecin spécialiste est requis pour une durée indéterminée s'il est acquis qu'une amélioration future est exclue (article 442 du code civil).

## LA SAUVEGARDE DE JUSTICE

La sauvegarde de justice est toujours temporaire. Elle est judiciaire au titre de l'article 425 du code civil ou elle peut être médicale au titre de l'article L3211-6 du code de la santé publique.

Nous rappellerons que le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article L 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au Procureur de la République du lieu du traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de Justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre. Si la personne est soignée dans un établissement mentionné aux articles 3222-1 - 2, le médecin est tenu d'en faire la déclaration. Il y a donc une certaine distorsion entre la possibilité offerte aux médecins en pratique libérale et l'obligation qui est faite dans les institutions.

La loi n'a pas modifié le régime de protection de sauvegarde de justice, mais elle facilite les actions en annulation en récission ou en réduction. Notons que le Juge peut nommer un mandataire pour effectuer, au nom de la personne, un ou plusieurs actes déterminés et en particulier des actes des dispositions ce qui évitera des passages sous curatelle ou sous tutelle inutiles.

## LA TUTELLE ET LA CURATELLE

La curatelle est prononcée pour l'assistance et le contrôle. La tutelle correspond à la représentation continue. Le dispositif de Mars 2007 stipule que le recueil du consentement lors des décisions personnelles doit être recherché dans la mesure où l'état du patient le permet.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci des mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son comportement, l'intéressé ferait courir à lui-même. Il en informe sans délai le Juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

Néanmoins conformément à l'article 459 du code civil, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du Juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. On constate que l'application de la présente ne peut avoir pour effet de déroger aux principes et aux dispositions du code de la santé publique.

Cela signifie que le consentement aux soins de la personne sous tutelle doit toujours être recherché si elle peut l'exprimer.

Cela signifie aussi que son consentement peut être aussi la constatation d'un refus.

Dans le cas contraire, le tuteur, porteur des droits du malade, est à même d'exprimer son accord voire avec l'aval du conseil de famille s'il s'agit d'une décision grave.

Il n'y a que l'urgence qui permette de se passer du consentement, de même, l'opposition du tuteur peut être contournée si celle-ci constitue un danger pour la santé du majeur protégé (article 1111-4 du code de la santé publique).

La loi rappelle que la personne protégée choisit le lieu de sa résidence. La personne capable peut, de ce fait, désigner le curateur ou le tuteur au cas où une mesure judiciaire de protection la concernant serait prononcée. Ce choix s'impose au Juge sauf si la personne désignée refuse la mission ou en cas de force majeure.

La grande nouveauté est de constater que le Juge peut énumérer certains actes que la personne sous tutelle aura la capacité de faire seule ou avec l'assistance du tuteur. La personne sous tutelle peut, avec l'autorisation du Juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, être assistée pour faire des donations. Elle ne peut faire seule son testament après ouverture de la tutelle qu'avec l'autorisation du Juge ou de son conseil, à peine de nullité d'acte. Le tuteur ne peut ni l'assister, ni la représenter à cette occasion. Toutefois, il peut révoquer seul le testament fait avant ou après l'ouverture de la tutelle, le testament fait antérieurement à l'ouverture de la tutelle reste valable à moins qu'il ne soit établi que depuis cette ouverture la cause qui avait déterminé le testateur à disposer a disparu.

Enfin le législateur a introduit un dispositif original et nouveau qui est la notion de ***mandat de protection future***.

Toute personne majeure ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle peut charger une ou plusieurs personnes par un même mandat de la représenter pour le cas où, pour l'une des causes prévues à l'article 425, elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts. Cette protection juridique confiée à la personne de confiance pourra porter à la fois sur la protection patrimoniale et la protection personnelle. Il peut être conclu par acte notarié ou sous seing privé, mais leurs champs seront différents.

Il prendra effet lorsqu'il sera établi que le mandant ne peut pourvoir seul à ses intérêts, un certificat médical émanant d'un médecin choisi sur la liste du Procureur de la République doit être présenté.

Le décret 2007-1702 du 30 novembre 2007 fixe les modalités de rédaction du mandat de protection future sous seing privé. Curieusement il fait référence à la personne de confiance en lui accordant des prérogatives qui ne sont pas celles prévues dans la loi du 4 mars 2002 en particulier en matière de consentement aux soins.

Le médecin a donc désormais, dans la protection des majeurs protégés, une place particulière. En effet, l'obligation de fournir un certificat médical émanant

d'un médecin inscrit sur la liste dressée par le Procureur de la République devient impérative et doit répondre aux conditions fixées par l'article 1219 du code de procédure civile.

Le médecin doit en effet décrire avec précision l'altération des facultés du majeur à protéger ou protégé, il doit donner au juge tout élément d'information sur l'évolution prévisible de cette altération et préciser les conséquences de ces altérations sur la nécessité d'une assistance ou d'une représentation du majeur dans les actes de la vie civile, tant patrimoniaux qu'à caractère personnel ainsi que sur l'exercice de son droit de vote (article 71 de la Loi du 11/02/05).

Ce certificat doit indiquer enfin si l'audition du majeur est de nature à porter atteinte à sa santé ou si celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Au surplus le décret prévoit que le médecin remet le certificat au requérant sous pli cacheté à l'intention exclusive du Procureur de la République ou du Juge des Tutelles. Le certificat circonstancié devient donc une condition nécessaire de la saisine du Juge de Tutelles puisque la loi du 5 mars 2007 met fin à la possibilité du Juge des Tutelles de se saisir d'office.

On comprend donc que les contraintes de la loi positionnent le médecin dans une situation de recours indispensable. En effet, pour les mesures de tutelle ou de curatelle qui sont en cours lors de l'entrée en vigueur de la loi, il est fait obligation au Juge des Tutelles de les revoir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014. L'enjeu de ce renouvellement est quantitativement énorme et va mobiliser très fortement les cabinets de Juges des tutelles. En effet, les mesures non révisées dans le délai légaldeviennent automatiquement caduques ce qui aussi provoque la caducité du mandat de gestion confié au tuteur et au curateur des personnes dont la situation justifie très probablement le maintien de la mesure de protection.

Le certificat du médecin traitant suffit au renouvellement d'une mesure de protection sauf dans trois circonstances pour lesquelles le certificat du médecin inscrit sur la liste du Procureur est exigé :

- ✓ Soit renouvellement d'une durée supérieure à 5 ans ;
- ✓ Soit aggravation de la mesure, passage d'une curatelle à une tutelle ;
- ✓ Soit une non-audition du majeur protégé par le fait qu'elle est de nature à porter atteinte à sa



santé ou que le majeur est hors d'état d'exprimer sa volonté.

Le nouveau dispositif du 5 mars 2007 a toiletté, de manière importante, la loi du 3 janvier 1968, sans en changer les principes fondamentaux. Elle est mieux adaptée à la population à protéger, en particulier les personnes âgées vulnérables. Elle met au centre du dispositif le médecin inscrit sur la liste du Procureur de la République. Le médecin traitant est un petit peu mar-

ginalisé dans cette procédure, mais il peut être sollicité pour éclairer le médecin spécialiste.

L'originalité de la notion de mandat de protection future doit être soulignée car il appartient bien évidemment dans la mission d'information et de conseil des médecins d'anticiper des situations de fragilité et de vulnérabilité qui peuvent conduire à des maltraitements en leur permettant d'organiser à l'avance leur protection. ■





*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

## Un empoisonnement sournois dans un home

**Roger VANBINST<sup>1</sup>, Vincent Di FAZIO<sup>1</sup>, Frédéric BONBLED<sup>1</sup>**

Les faits se passent dans un home où une personne âgée de 88 ans, vivant avec son mari, bénéficie d'une aide extérieure : une dame de compagnie.

Elle décède malgré ses peu d'antécédents médicaux.

Etant en bonne santé, son décès est inopiné pour ses proches et son médecin traitant. L'enquête révèle que la victime se plaignait de somnolence excessive avec endormissement spontané et malaises durant les dernières semaines. En effet au cours de parties de cartes, elle tombait subitement endormie. De plus, les dispositions testamentaires étaient inattendues.

Le dossier est mis à l'instruction, et une autopsie est pratiquée.

L'autopsie révèle de multiples fractures des côtes et ceci malgré l'absence de réanimation.

Des lésions dermatologiques pouvant faire penser à une intoxication aux métaux lourds sont constatées. Différents prélèvements sont pris pour analyse toxi-

cologique. Les concentrations des métaux lourds telles que le plomb et le mercure sont dans les normes physiologiques et l'arsenic est non détecté. Cependant, la concentration sanguine de cadmium, en l'occurrence  $13,8 \mu\text{g}/\text{dl}$ , est bien supérieure aux normes ( $< 0,5 \mu\text{g}/\text{dl}$ ). Cette concentration élevée n'a pu être interprétée.

Le screening des médicaments dans le sang, l'estomac et le comprimé retrouvé dans la cavité buccale, a été réalisé par chromatographie liquide à haute performance couplée une détection dans l'UV avec barrette de diode. Le screening des stupéfiants dans le sang a été réalisé par chromatographie liquide haute performance couplée à la spectrométrie de masse en tandem.

Les seules substances qui ont pu être décelées sont le bromazépam et l'acétazolamide dans le sang et le liquide gastrique, et de l'acide salicylique dans le comprimé. Les concentrations sanguines d'acétazolamide et de bromazépam sont de  $5,4 \mu\text{g}/\text{ml}$  et  $92 \text{ ng}/\text{ml}$  respectivement.

---

1. Cliniques St-Luc, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.



La prise d'acide salicylique devait être récente vu qu'il n'a été retrouvé que dans le comprimé de la cavité buccale et non dans le sang et l'estomac.

Vu ces résultats, une question se posait : D'où proviennent le bromazépam et l'acétazolamide puisqu'aucune prescription pour ces deux médicaments n'a été faite à la victime ?

Une perquisition chez la dame de compagnie a permis de retrouver les deux médicaments incriminés.

Dès lors, une autre question se pose : depuis combien de temps cette personne était-elle sous l'influence de ces deux substances ?

Le sang et le liquide gastrique ne pouvant nous apporter de solution puisqu'en général la période de détection, dans le sang, de ces médicaments n'est que de quelques jours, nous nous sommes tournés vers les cheveux. En effet, le cheveu a un effet mémoire pouvant montrer une exposition antérieure de plusieurs mois.

Le dosage s'est fait par chromatographie liquide à haute performance couplée à une détection par spectrométrie de masse en tandem.

Préalablement aux dosages, les cheveux ont été lavés avec de l'éther de pétrole et du dichlorométhane. Les cheveux qui mesuraient environ 12 cm ont été coupés en neuf segments de 1 cm à partir du côté racine. Le 10<sup>e</sup> segment correspond au reste de la mèche (cf. graphique 1).

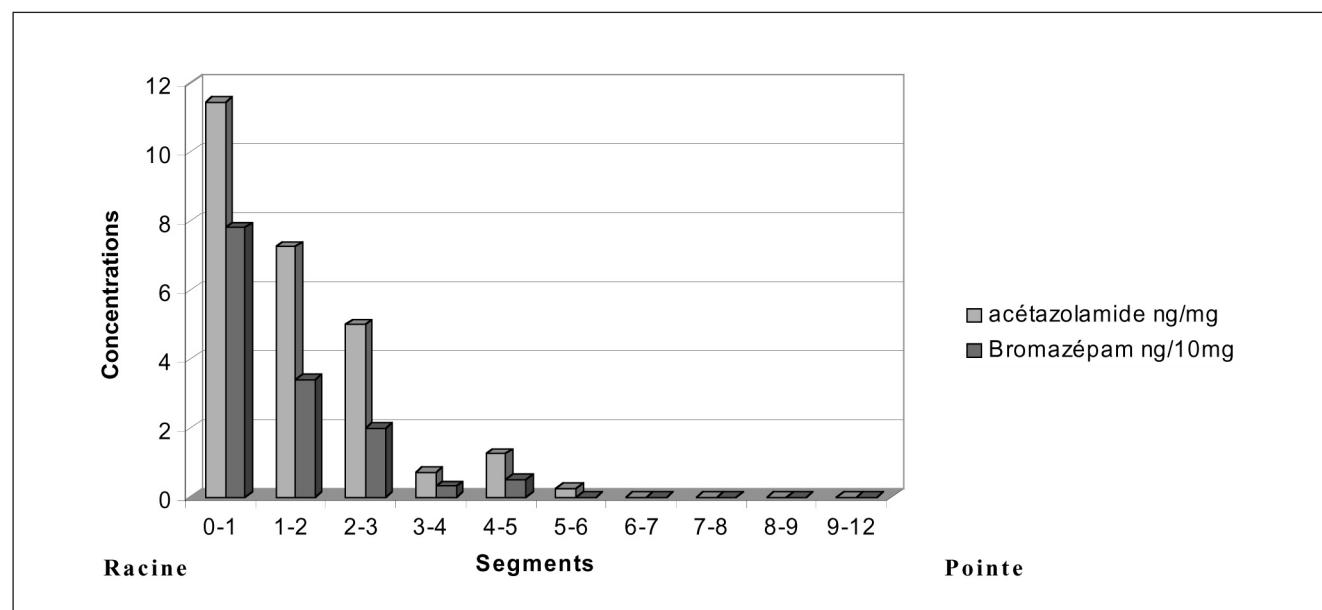
Chaque segment de cheveux, qui représente environ un mois, a été broyé dans un broyeur à boulets puis a été incubé dans un tampon à 60°C pendant 1h30.

Le graphique 1 nous montre que la concentration d'acétazolamide dans le 1<sup>er</sup> segment est de 10,8 ng/mg et pour le bromazépam une concentration plus faible de 0,78 ng/mg (7,8 ng/10 mg).

Ces concentrations diminuent au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la racine et donc que l'on remonte dans le temps. Ceci pour arriver à des concentrations nulles au segment 5-6 pour le bromazépam et au segment 6-7 pour l'acétazolamide. Si l'on considère que le cheveu pousse à raison d'un cm par mois la prise du bromazépam a dû débuter environ 5 mois avant le décès et pour l'acétazolamide environ 6 mois.

Les concentrations plus faibles au niveau de la pointe des cheveux, ainsi que le gradient menant à des concentrations plus élevées à la racine peut s'expliquer, soit par augmentation de la dose administrée, soit par une accumulation sanguine due, par exemple, à une insuffisance rénale ou hépatique, soit par des décolorations successives des cheveux. Décoloration qui enlève les substances médicamenteuses des cheveux.

Une question posée par le juge d'instruction a été : en sachant que le décès a eu lieu le 17 août peut-on confirmer que l'administration de bromazépam et de l'acétazolamide a été interrompue pendant la période du mois de juin, période pendant laquelle la dame de compagnie était à l'étranger ?



Graphique 1.

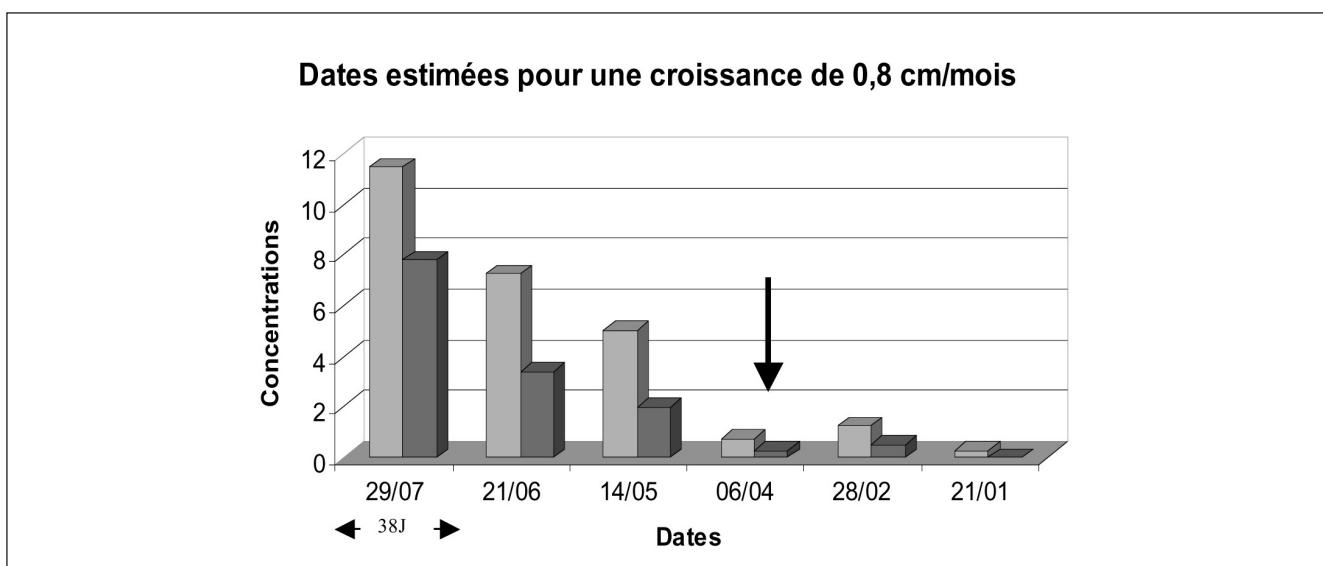


La diminution des concentrations dans le segment 3-4 cm ne peut s'expliquer que par une diminution de la dose reçue ou une abstinence dans cet intervalle de temps. Rappelons que ces interprétations restent entachées d'une certaine imprécision : d'une part due aux erreurs analytiques dans le sens où il est difficile d'aligner et de couper les cheveux tous au même endroit, et d'autre part en raison du fait que la phase catagène et la phase télogène qui arrêtent la croissance des cheveux peuvent contaminer le segment analysé.

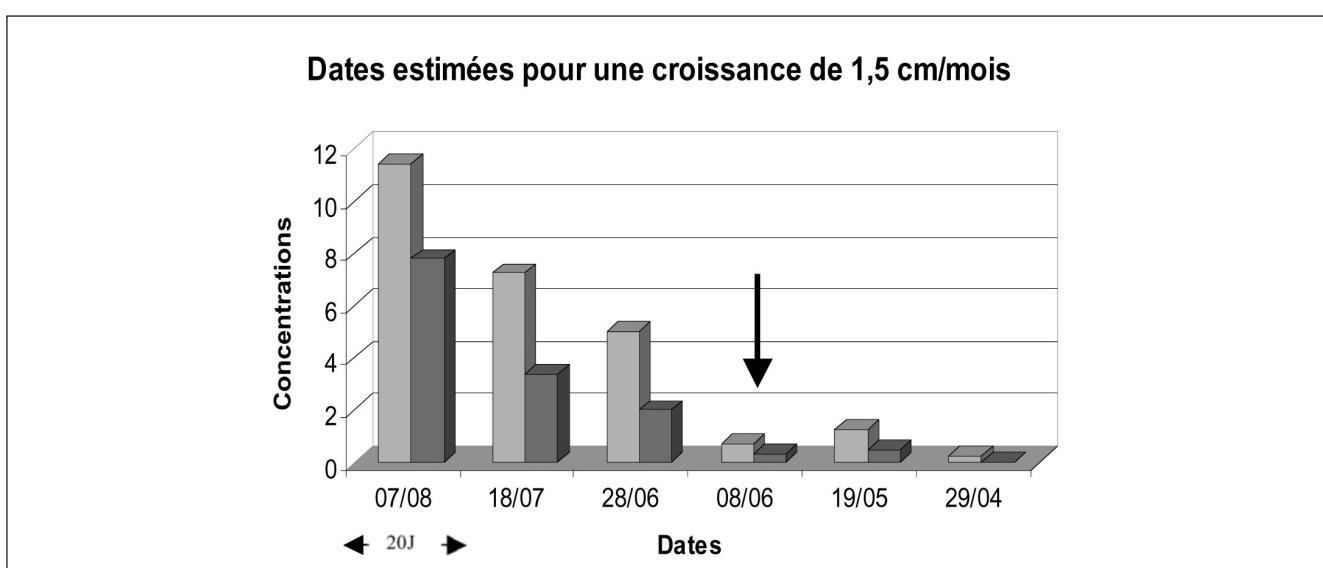
A quelles périodes se rapportent les différents segments analysés ?

Suivant les sources, la croissance du cheveu s'effectue entre 0,8 et 1,5 cm par mois. Si nous considérons les deux extrêmes, un segment d'un centimètre peut représenter respectivement 38 et 20 jours. Ceci peut être représenté par les graphiques n° 2 et n° 3 suivants.

Pour la première simulation, l'arrêt de la prise des médicaments se serait effectué entre le 18 mars et le



Graphique 2.



Graphique 3.



25 avril, tandis que pour la deuxième simulation il aurait eu lieu entre le 29 mai et le 18 juin. Cette dernière simulation correspondant effectivement à l'absence de la dame de compagnie.

En conclusion, l'analyse toxicologique n'a rien apporté à la détermination de la cause de la mort. Elle

a, cependant, mis en évidence un nouveau cas de soumission chimique chez les personnes âgées. Le cheveu possédant la propriété unique d'être le marqueur d'une exposition chronique ou ponctuelle, l'analyse segmentaire des cheveux de la victime a pu confirmer les soupçons émis par le juge d'instruction. ■





*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

# Intoxication aiguë mortelle par le chardon à glu : à propos de 28 observations

**M. ZHIOUA<sup>1</sup>, F. MAKHLOUF<sup>1</sup>, O. BAKIR<sup>1</sup>, M. BEN KHELIL<sup>1</sup>, M. HAMDOUN<sup>1</sup>**

## **1. INTRODUCTION**

Le chardon à glu est une plante très répandue en Afrique du Nord (Tunisie, Algérie, Maroc) et dans le pourtour méditerranéen (Grèce, île de Crète, Italie, Corse, Sud de la France et Portugal). C'est une plante herbacée, épineuse, vivace par ses parties souterraines très développées et présentant deux parties disproportionnées (figure 1) :

- ✓ une partie aérienne : formée par les feuilles, les fleurs et les fruits ;
- ✓ une partie souterraine : représentée par un rhizome volumineux.

Cette partie souterraine est à l'origine de l'intoxication. Elle laisse s'écouler à la section un suc visqueux blanchâtre (figure 2), très riche en principes actifs toxiques. Ces principes actifs sont des inhibiteurs de la phosphorylation oxydative s'opposant à la

formation d'ATP à partir de l'ADP au niveau de la mitochondrie et du réticulum endoplasmique entraînant une nécrose cellulaire.

Au début du 19<sup>e</sup> siècle en Algérie, plusieurs auteurs pharmaciens décrivent des cas d'intoxications humaines par le chardon à glu [4]. Mais c'est à Lefranc, en 1886, que revient la découverte et l'extraction du principe toxique à partir de la racine de la plante qu'il dénomme acide atracylique qui deviendra par la suite acide atracylide de potassium [8].

En 1956 Stanislas et Vignais ont découvert le 2<sup>e</sup> principe toxique, le carboxyatracyloside qui s'avère dix fois plus毒ique que l'atracyloside [5, 8].

Les auteurs rapportent une série de 28 cas d'intoxications aiguës mortelles par le chardon à glu.

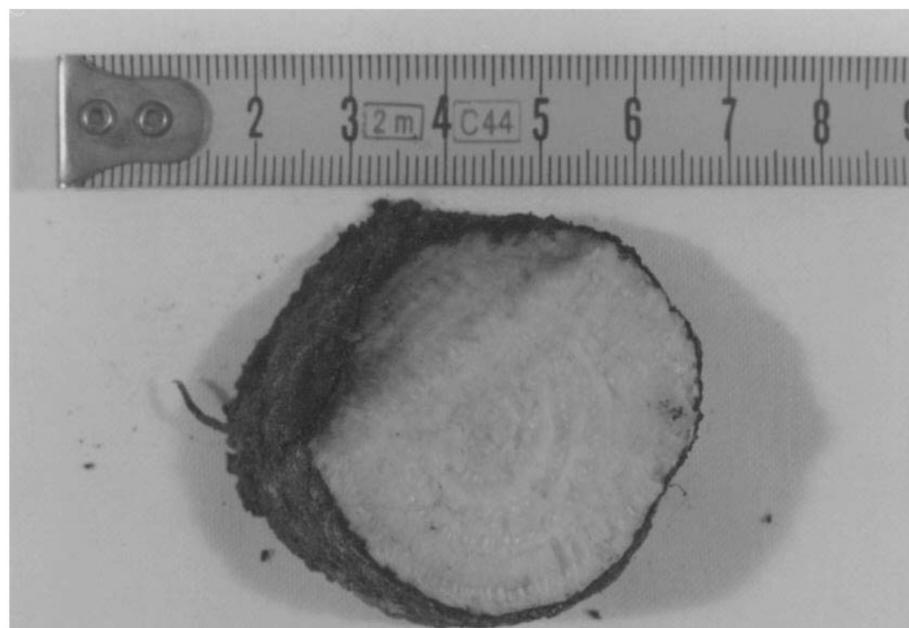
L'objectif de cette étude est d'analyser les aspects clinique, toxicologique et anatomopathologique de ce type d'intoxication.

1. Service de Médecine Légale de Tunis, Hôpital Charles Nicolle de Tunis, Tunisie.





**Figure 1.**



**Figure 2.**

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, menée au service de médecine légale de Tunis, étalée sur une période de vingt ans (1<sup>er</sup> janvier 1986 jusqu'au 31 décembre 2005), portant sur tous les dossiers médico-légaux de cadavres examinés pour intoxication aiguë mortelle par le chardon à glu.

L'étude a consisté pour chaque cas en une analyse :

- ✓ du dossier médical d'hospitalisation au Centre Anti-poisons de Tunis ;
- ✓ du dossier médico-légal comportant, les données de l'autopsie, des analyses toxicologiques et des examens anatomopathologiques.

## 3. RÉSULTATS

Durant la période d'étude, vingt huit cas d'intoxications aiguës mortelles sont colligées.

Il s'agit de 14 garçons et 14 filles avec un sexe ratio de 1.

L'âge moyen des victimes est de  $8 \pm 3$  ans avec des extrêmes de 4 et 12 ans.

L'intoxication était accidentelle (100 % des cas), collective (50 % des cas) chez des enfants d'une même fratrie, en saison printanière en zone montagneuse dans un milieu rural.

La voie d'administration du toxique était orale dans tous les cas. La victime mâche comme du chewing-gum deux à quatre boules prélevées à partir de la racine de la plante toxique.

Le délai d'apparition des manifestations cliniques et de prise en charge par rapport à l'ingestion est en moyenne de 24 à 48 heures.

L'anamnèse et l'étude clinique permettent une forte suspicion du diagnostic d'intoxication par le chardon à glu. Les caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau I.

L'ensemble des anomalies biologiques est résumé sur le tableau II.

La recherche de toxique, par chromatographie en couche mince, a montré la présence de l'Atractyloside dans les urines dans 21 % des cas ( $n = 7$ ).

L'analyse macroscopique a porté sur divers organes thoraciques, abdominaux et le cerveau. Il n'a pas été noté de lésions macroscopiques hormis des congestions hépatique, rénale et pulmonaire d'intensité variable selon les cas.

Nous avons pu vérifier l'absence de lésions hémorragiques, de thrombose des gros vaisseaux ou des foyers de nécrose évidents.

L'examen histologique des différents prélèvements d'organes montre une atteinte élective du foie et des reins. L'examen en microscopie optique révèle au niveau du foie une nécrose hépatocytaire avec des hépatocytes au cytoplasme éosinophile et à noyau pycnotique (figure 3) et au niveau du rein une nécrose tubulaire proximale sans atteinte des glomérules (figure 4).

## 4. DISCUSSION

Le chardon à glu est connu pour ses propriétés antipyrrétique, diurétique, purgative et émétique, anti-hémorragique, antiparasitaire et antiépileptique. En

**Tableau I :** Fréquence relative des différents signes cliniques.

Signes cliniques	n (%)
Épigastralgies, vomissements, diarrhée	17 (60)
Hématémèse	9 (32)
Ictère	4 (14)
Céphalées, vertiges	28 (100)
Altération de la conscience	23 (82)
Convulsions	14 (50)

**Tableau II :** Résumé des anomalies biologiques.

Constante biologique	moyenne	valeurs extrêmes	Anomalie biologique n (%)
Glycémie (mmol/l)	2,6 ± 1,2	0,9 et 5,5	Hypoglycémie (< à 3,9) 26 (93)
Taux de Prothrombine (%)	26 ± 5,4	20 et 100	Bas (< à 70 %) 26 (93)
Protidémie (g/l)	61 ± 9	56 et 75	Hipoprotidémie (< à 65) 12 (43)
Transaminases (ALAT) (UI/l)	1 300 ± 220	650 et 2 100	↑↑ (> à 45) 28 (100)
Amylasémie (éléments/mm <sup>3</sup> )	76 ± 9,8		↑ Hyperamylasémie (> 55) 4 (14)
Bilirubine (μmol/l)	21 ± 4,5	10 et 33	↑ Hyperbilirubinémie (> 17) 4 (14)
Acidose métabolique			22 (78)
Créatininémie (μmol/l)	180 ± 75	95 et 310	↑ (> 115) 8 (28)

Afrique du Nord, elle était employée pour traiter les ulcères syphilitiques, pour faciliter l'accouchement et pour provoquer l'avortement [10]. Toutefois, l'emploi de la plante à des fins thérapeutiques détermine des accidents non négligeables et parfois mortels.

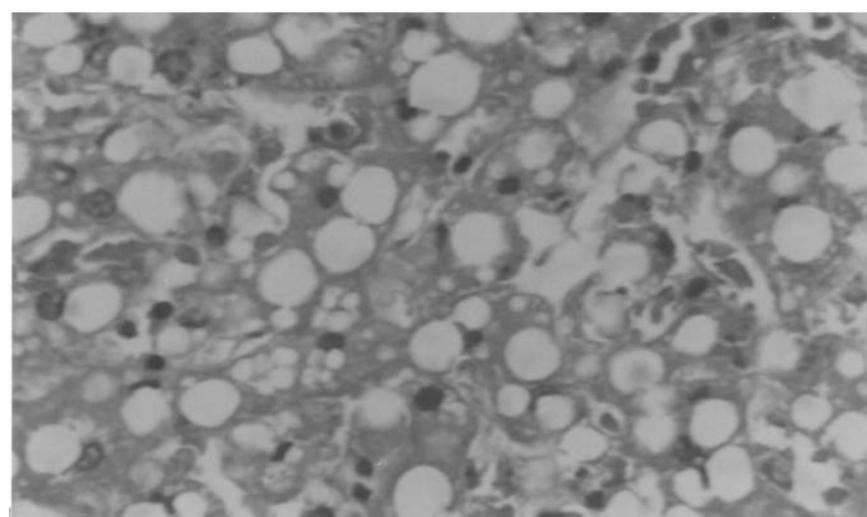
Le chardon à glu est une plante de l'environnement rural et, de ce fait, facilement accessible pour les enfants de la campagne qui la confondent parfois avec l'artichaut sauvage. Ces enfants sont, aussi, attirés par le goût sucré de la racine de la plante et l'utilisent comme du chewing-gum.

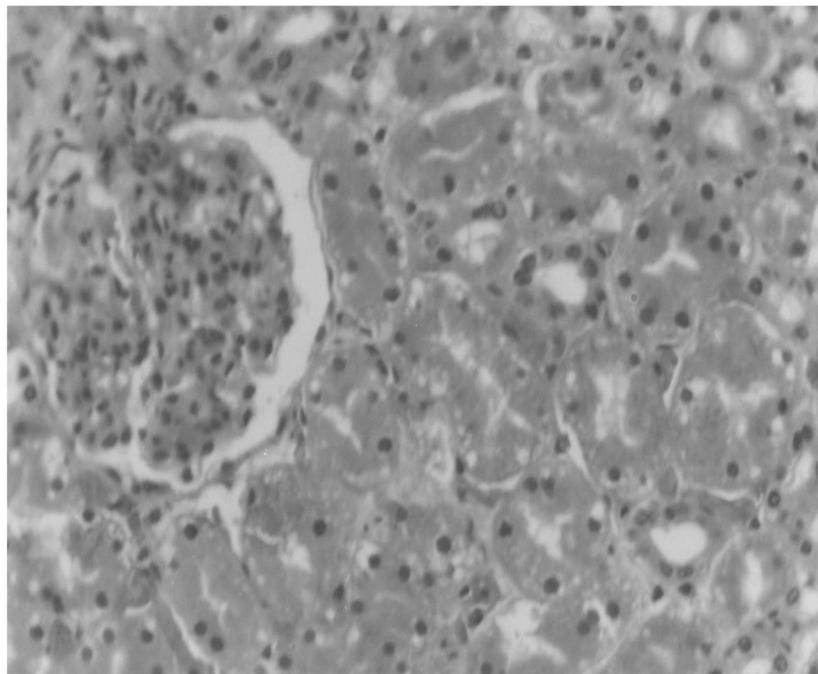
Les intoxiqués sont essentiellement des enfants âgés de 4 à 12 ans. Il s'agit toujours d'intoxications accidentelles souvent collectives, chez des enfants, d'une

même fratrie en saison printanière et zone montagneuse dans un milieu rural.

Les principes toxiques contenus à plus grande concentration au niveau de la racine de la plante sont l'atractyloside, le carboxyatractyloside, l'atractylgénine et le carboxyatractylégénine.

Ces sont des inhibiteurs de la phosphorylation oxydative s'opposant à la formation de l'ATP à partir d'ADP au niveau des organites cellulaires et notamment au niveau des mitochondries et du réticulum endoplasmique. Cette inhibition de la phosphorylation oxydative conduit à la nécrose cellulaire [2]. Les cellules les plus vulnérables sont celles des parenchymes à haut niveau métabolique comme ceux du foie, du rein, du pancréas, du myocarde.

**Figure 3.**

**Figure 4.**

Les manifestations cliniques apparaissent 24 à 48 heures après l'ingestion du toxique. Ces signes comportent des troubles digestifs à type d'épigastralgies, de nausées et de vomissements et des troubles neurologiques à type de céphalées, de convulsions et d'obnubilation évoluant parfois vers le coma. Parallèlement apparaissent un ictere cutanéo-muqueux et des troubles hémorragiques.

Les explorations biologiques montrent :

- ✓ des signes d'insuffisance hépatique sévère : une hypoglycémie profonde difficilement réversible, une élévation très importante des enzymes hépatiques de 25 à 50 fois les valeurs normales, une élévation très importante de la bilirubine à prédominance conjuguée traduisant l'intensité de la cholestase et une altération des facteurs de la coagulation ;
- ✓ des signes d'atteinte rénale : albuminurie, hyperazotémie et un effondrement de la clearance de la créatinine objectivant l'installation de l'insuffisance rénale.

L'évolution est fatale avec décès dans 50 % des cas.

Dans les formes d'intoxications légères avec des manifestations digestives banales, la rémission des troubles est rapide et sans séquelles.

L'identification et le dosage des principes toxiques du chardon à glu, par chromatographie sur couche mince et par chromatographie liquide de haute performance, peut se faire au niveau des urines, du liquide du contenu gastrique et du sang [3, 9].

Le traitement est essentiellement symptomatique et évacuateur [1, 2, 13].

Le traitement symptomatique, à envisager toujours en priorité, comporte la perfusion de solutions de glucose à 5 ou 10 %, le contrôle des troubles respiratoires, le maintien d'une diurèse supérieure à la normale et l'administration de facteurs de la coagulation. L'évacuation digestive doit intervenir le plus précocement possible utilisant plusieurs moyens : lavage gastrique et administration du charbon activé et/ou accélération du transit intestinal.

Le traitement physiopathologique incluant la transplantation hépatique et permettant la survie de l'intoxiqué, pourra éventuellement être envisagé dans les situations graves. La recherche actuelle explore la voie de l'immunothérapie.

Les lésions hépatiques et rénales humaines qui ont pu être corrélates avec les résultats des expérimentations animales effectués chez le rat, sont en faveur des atteintes spécifiques suivantes [7, 8]. En microscopie



optique, on note une vacuolisation hépatocytaire péri-portale faite de macro et microvacuoles et une nécrose de coagulation intéressant l'épithélium des tubules rénaux proximaux et prédominant au niveau des territoires juxta-medullaires. En microscopie électronique les vacuoles correspondent à une confluence du réticulum endoplasmique et on note aussi une balloïnisation des mitochondries avec raréfaction de leurs crêtes.

## 5. CONCLUSION

Les intoxications par le chardon à glu restent fréquentes dans les régions rurales en Tunisie, malgré les mesures préventives, et sont toutes accidentelles chez des sujets jeunes. Leur mortalité est importante par insuffisance hépatocellulaire en l'absence de prise en charge rapide et efficace. L'évolution est en revanche favorable et sans séquelles en cas de traitement précoce. Le traitement est actuellement symptomatique.

Le traitement spécifique, à l'image de traitement de l'intoxication par les digitaliques, n'est pas envisageable pour le moment mais pourra être développé dans le futur. ■

## 6. RÉFÉRENCES

- [1] BEN SALAH N., ZAGHDOUDI I., ZHIOUA M. et AMAMAOU M. – Quelques spécialités de chez nous : les intoxications par les plantes, le chloralose et le méthanol. 6<sup>e</sup> journée d'Aide Médicale Urgente de Sousse. JAMU 2001 ([www.samu.org/JAMU2001](http://www.samu.org/JAMU2001)).
- [2] BEN SALAH N. – *Atractylis gummifera L. IPCS INTOX.* Published on behalf international programme on chemical safety. United Nations Environmental Programme, International Labour Organisation and World Health Organisation 1998.
- [3] CHEZE M., GAILLARD Y. et PÉPIN G. – Réponses analytiques aux intoxications par les substances végétales. *Annales de Toxicologie Analytique*, 2000, XII, 4, 307-314.
- [4] COMAILLE A. – Note sur l'empoisonnement produit par l'Atractylis gummifera L. *Rec. Min. Med. Chim. Et Pharma. Milit.*, 1865, 14, 90-3.
- [5] DANIELE C., DAHAMNA et al. – L'Atractylis gummifera L poisoning : an ethnopharmacological review. *Journal of Ethnopharmacology*, 28 February 2005, 97, 2, 175-181.
- [6] HAMOUDA C., HEDILI A., BEN SALAH N., ZHIOUA M. et AMAMAOU M. – A Review of Acute Poisoning from Atractylis gummifera L. *Vet. Hum. Toxicol.*, june 2004, Vol. 46, p. 144-146.
- [7] HEDILI A., BEN SALAH N. et al. – Hépatonéphrite expérimentale chez le rat par Atractylis gummifera L : aspects ultra-structuraux. *Journal de Toxicologie Clinique et Expérimentale*, mai-juin 1989, 9, 3, p. 209.
- [8] HEDILI A. – Contribution à l'étude de la toxicité de l'Atractylis gummifera L : aspects cliniques, analytiques et expérimentaux. Thèse de doctorat en sciences pharmaceutiques, option toxicologie. Université du Centre, Faculté de Pharmacie, Monastir, Tunisie, 1990.
- [9] ROMEUF L. et al. – Identification et dosage de l'atractyloside et du carboxyloside par CLHP-SM<sup>2</sup> et CLHP-SM<sup>3</sup> dans le chardon à glu. *Annales de Toxicologie Analytique*, 2006, XVIII, 4, p. 233.
- [10] SKALLIS S., ALAOUI I., PINEAU A., ZAID A. et SOULAYMANI – L'intoxication par le chardon à glu (Atractylis gummifera L) ; à propos d'un cas clinique. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 2002, 95, 4, 284-286.
- [11] STICKEL F., EGEREN G., SEITZ H.K. – Hepatotoxicity des botanicals. *Public Health Nutr.*, juin 2000, 3, 2, 113-124.
- [12] ZAIM N. et al. – Etude de quatre cas d'intoxications par l'Atractylis gummifera L au Maroc. *Thérapie*, janvier-février 2008, 63, 1, 49-54.
- [13] ZHIOUA M. et al. – Les intoxications aiguës par les plantes en Tunisie. 13<sup>es</sup> Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale ; Hammamet (Tunisie), mai 1999.



*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

# Le viol : étude comparative entre la législation tunisienne et celle de pays européens

**M. ZHIOUA<sup>1</sup>, F. MAKHLOUF<sup>1</sup>, A. BENZARTI<sup>1</sup>, O. BAKIR<sup>1</sup> et M. HAMDOUN<sup>1</sup>**

## **INTRODUCTION**

---

« Ce rapport de jouissance est un délit à la règle du « troc des orgasmes » : l'on utilise l'autre comme objet sans lui permettre d'en retirer du bénéfice. Quel est donc dans ce geste la part de ce que nous appelons l'amour ? » (*J. Branlard*) [7].

Le viol est un crime universellement réprouvé. Il constitue au même temps une urgence médicole et psychologique. Tout médecin (généraliste, pédiatre, psychiatre, gynécologue, infectiologue, médecin légiste) est susceptible d'intervenir auprès de victimes présumées d'un acte aussi horrible. La prise en charge de tels patients nécessite une bonne connaissance des circonstances de l'agression, de ses conséquences physiques et psychologiques, des techniques de l'examen corporel et génital et des prélèvements biologiques, ainsi que des lois régissant ces problèmes et le déroulement des procédures depuis la révélation des faits jusqu'au verdict des assises [7, 9].

La définition du viol ainsi que la peine encourue peut être très variable d'une législation à l'autre. Ainsi entre la Tunisie, la France, la Grande Bretagne, l'Espagne ou encore la Suisse, la nature de l'acte incriminé et le sexe respectif de l'agresseur et de la victime ne sont pas les mêmes. Ces variations sont inhérentes au moins en partie, aux particularités culturelles et sociales de chaque pays.

## **1. EN TUNISIE**

---

Les lois régissant les crimes et les délits sexuels sont développées dans le livre II du Code Pénal Tunisien (CPT), titre II : attentats contre les particuliers, chapitre premier : attentats contre les personnes, section III : attentats aux mœurs.

L'article 227 du CPT (modifié par la loi n° 85-9 du 7 mars 1985 et par la loi n° 89-23 du 27 février 1989) stipule :

---

1. Service de Médecine Légale, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.



*Est puni de mort :*

1. *le crime de viol commis avec violence, usage, ou menace d'usage d'arme ;*
2. *le crime de viol commis même sans usage des moyens précités, sur une personne âgée de moins de dix ans accomplis.*

*Est puni d'emprisonnement à vie, le crime de viol commis en dehors des cas précédents.*

*Le consentement de la victime est considéré comme inexistant lorsque l'âge de la victime est au-dessous de treize ans accomplis [1].*

L'article 227 du CPT punit mais ne définit pas le viol. Cette définition est jurisprudentielle. L'arrêt des chambres réunies de la Cour de Cassation Tunisienne (CCT) n° 6417 du 16 juin 1969, a défini le viol comme étant « la possession d'une femme, qu'elle soit vierge ou déjà déflorée, sans son consentement ». Chacun des termes de cette définition mérite d'être précisé.

### 1.1. L'élément matériel [2, 8, 10, 11]

Est constitué par la pénétration de la verge de l'agresseur dans le vagin de la victime sans son consentement.

Cette définition du viol est restrictive de par : l'organe pénétrant, le lieu de pénétration et le sexe respectif des deux protagonistes.

L'organe pénétrant est constitué exclusivement par l'organe viril de l'agresseur, à l'exclusion de ses doigts ou de tout autre objet même s'il entraîne la défloration. L'agresseur ne peut donc être qu'un homme. Ainsi si une femme procède à l'introduction de ses doigts dans le vagin d'une autre femme, elle ne sera pas poursuivie pour viol.

Le lieu de pénétration est représenté uniquement par le vagin de la victime ; ainsi tout acte de pénétration buccale ou anale commis sans consentement, ne constitue pas un viol. La victime ne peut donc être qu'une femme, et la possession d'un homme contre son consentement par une ou plusieurs femmes ne constitue pas un viol [2, 8].

Tous ces différents cas qui ne tombent pas sous le coup de crime de viol, sont alors qualifiés d'attentats à la pudeur au sens de l'article 228 du CPT. L'infraction est moins grave et la peine prévue est alors de loin

moins sévère. Elle est de six ans d'emprisonnement en l'absence de circonstances aggravantes.

La « possession » implique donc selon la jurisprudence tunisienne, la pénétration de la verge dans le vagin. Mais encore faut-il définir le terme « pénétration ». Un arrêt de la CCT (arrêt n° 61971 du 2 mai 1995) avait considéré que la pénétration est réalisée par l'introduction lors de l'acte sexuel, au moins du gland, c'est-à-dire jusqu'à deux travers de doigts [2]. Mais pourquoi le législateur tunisien a mis toutes ces restrictions dans la définition du viol ?

La base de la répression du crime du viol vise à protéger la femme des risques particuliers de défloration et de grossesse puisque la virginité revêt encore une importance fondamentale dans les mœurs de la société tunisienne. Aussi en distinguant le crime de viol et en le limitant à l'acte de pénétration vaginale, le législateur a-t-il visé la protection de l'honneur de la femme et des familles et la protection des mœurs de la société.

Cependant cette définition restrictive peut être reprochable sur deux points essentiels. D'une part elle est incompatible avec les données médicales, en effet la grossesse est possible sans pénétration complète et la pénétration n'entraîne pas forcément la défloration, comme dans le cas d'un hymen complaisant. D'autre part, elle ne répond pas aux objectifs de la législation, en effet elle est incapable de protéger la victime dans des situations telles qu'une défloration suite à une pénétration digitale ou d'une grossesse chez une fille vierge. [10, 11] Ce qui nous amène enfin à poser la question suivante : la loi est-elle faite pour protéger la victime ou la membrane de l'hymen ?

Actuellement il y a une tendance à élargir cette définition. Un arrêt plus récent de la CCT (arrêt n° 50370 du 6 juin 1996) a considéré qu'un coït vulvaire, s'il en résulte une grossesse cela témoigne d'une pénétration vaginale quoique partielle et donc constitue un viol au sens de l'article 227 du CPT. Ainsi la jurisprudence qualifie de viol ces actes s'ils ont provoqué la grossesse sans que la victime ne soit proprement parlé « possédée ». Toutefois, et malgré cette tendance cette définition reste toujours limitée ; en effet l'agresseur est toujours un homme, la victime est toujours une femme et le lieu de pénétration est toujours le même. Force est donc de constater que cette loi est incapable de protéger une victime de sexe masculin et même une victime de sexe féminin si elle subit une pénétration extra-vaginale [10, 11].

## 1.2. L'absence de consentement [2, 8]

La jurisprudence tunisienne entend par absence de consentement, aussi bien la contrainte physique, la contrainte morale et la surprise.

La contrainte physique est évidente en cas de violence, d'usage ou de menace d'usage d'armes, qui constituent par la même des circonstances aggravantes au sens de l'article 227 du CPT. La peine de mort est prévue pour ces cas.

Toutefois, la violence physique ne peut être considérée comme un moyen de contrainte que si elle est suffisante pour paralyser toute résistance de la victime. Si, après une résistance débutante, la victime aurait manifesté au cours de l'acte un fléchissement, la contrainte physique et par conséquent le non consentement ne peuvent être pris en considération [8].

La contrainte morale résulte de menaces reçues par la victime d'exposer sa vie ou celle de ses proches à un péril sérieux et imminent, surtout si l'agresseur est connu par ses multiples précédents judiciaires ou s'il possède une autorité sur la victime comme un agent de police en tenue (arrêt de la CCT n° 18468 du 1<sup>er</sup> octobre 1986) [2].

La contrainte morale est également établie dans les cas de soumission chimique, où la victime se trouve en état de coma ou d'ivresse au moment des faits.

L'absence de consentement est également admise s'il a été établi que la victime est en état de démentie ou de débilité mentale même si l'acte a eu lieu avec la participation volontaire de la victime (arrêt n° 11618 du 5 mai 1985 et arrêt n° 21891 du 11 mars 1987 de la CCT) [2, 8].

De même, le législateur considère que le coït avec une fille mineure de treize ans constitue toujours un viol, même s'il était accepté, voire sollicité. La loi considère en effet qu'une enfant de cet âge n'est pas en état de donner un consentement valable (art. 227 du CPT).

D'autre part et à l'inverse, le viol n'existe pas entre conjoints en Tunisie, le consentement étant considéré de règle. Mais si l'époux a usé de violence, il peut être poursuivi pour coups et blessures volontaires en application des articles 218, 219 et 319 du CPT. Il peut également être poursuivi pour attentat à la pudeur en cas de rapport contre nature (coït buccal ou anal).

Enfin, le viol par surprise est admis lorsque l'agresseur se fait passer pour le partenaire habituel de la victime. Dans ce cas, l'acte reproché a été obtenu sans le consentement libre et éclairé de la femme.

## 1.3. L'intention criminelle

Ce dernier élément caractérisant le crime de viol consiste en la connaissance par l'auteur que les faits qu'il commet, présentent un acte immoral et obscène.

Il est évident que tout auteur de viol est animé d'une intention criminelle. La seule nuance qui peut se poser concerne le caractère « sérieux » ou « artificiel » de la résistance opposée par la victime au moment des faits [8].

## 2. EN FRANCE

La loi n° 92 -683 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du Code Pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes regroupe dans une seule section les agressions sexuelles en distinguant le viol des autres agressions sexuelles (articles 222-22 à 33) :

*Article 222-23 du Code Pénal Français (CPF) :*

*Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.*

*Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle [3].*

Le viol apparaît ainsi comme l'association d'un acte sexuel avec pénétration, et d'une absence de consentement de la victime.

L'acte sexuel est incriminé à chaque fois qu'il comprend une pénétration de nature sexuelle ce qui englobe toutes les hypothèses où :

- ✓ Un organe sexuel est pénétré : ce qui couvre les cas d'une introduction digitale ou d'un autre objet dans le vagin ou l'anus.
- ✓ Un organe sexuel est pénétrant : ce qui vise notamment l'hypothèse de fellation.
- ✓ Un organe sexuel est pénétrant et un autre organe sexuel est pénétré : ce qui englobe les cas de rapports vaginaux et anaux [7].

Il s'agit d'une définition plus large du crime de viol et donc plus protectrice pour les victimes, tout d'abord l'objet pénétré n'est plus uniquement l'organe viril mais peut être constitué par les doigts de l'agresseur ou un autre objet, ensuite le lieu de pénétration n'est plus uniquement la voie naturelle mais peut être représenté par la bouche ou l'anus, enfin la victime peut appartenir désormais à l'un ou à l'autre sexe.

La loi vise donc plus la protection de la liberté sexuelle que la prévention de l'acte sexuel lui-même, comme l'a dit F. d'Harcourt :

*« L'essentiel dans le crime de viol réside moins dans la réalité de l'acte sexuel que dans le viol du consentement de la victime » [10].*

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle, de vingt ans en cas de circonstances aggravantes (art. 222-24), de trente ans s'il a entraîné la mort de la victime (art. 222-25), et de réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie (art. 222-26).

En épilogue, la nouvelle loi française a donné au viol un sens plus large que la loi tunisienne, englobant les cas de fellation, de rapport anal et notamment de pénétration vaginale ou anale par un corps étranger, qui ne sont pas susceptibles de se compliquer de grossesse, mais qui ont les mêmes conséquences physiques et psychologiques.

De plus, selon cette définition, même les rapports sexuels entre conjoints peuvent être qualifiés de viol si le mari a usé de violence, de menace, de contrainte ou de surprise pour les obtenir [7, 10].

En revanche, en ce qui concerne les sanctions, le législateur tunisien paraît plus sévère que son homologue français puisqu'il punit de l'emprisonnement à vie le crime de viol commis sans violence, et de la peine capitale le viol avec circonstances aggravantes.

### 3. AU ROYAUME UNI

#### 3.1. Rape

(1) *A person (A) commits an offence if*

- (a) *he intentionally penetrates the vagina, anus or mouth of another person (B) with his penis,*
- (b) *B does not consent to the penetration, and*
- (c) *A does not reasonably believe that B consents.*

(2) *Whether a belief is reasonable is to be determined having regard to all the circumstances, including any steps A has taken to ascertain whether B consents.*

(3) *A person guilty of an offence under this section is liable, on conviction on indictment, to imprisonment for life.*

#### 3.2. Assault by penetration

(1) *A person (A) commits an offence if-*

- (a) *he intentionally penetrates the vagina or anus of another person (B) with a part of his body or anything else,*
- (b) *the penetration is sexual,*
- (c) *B does not consent to the penetration, and*
- (d) *A does not reasonably believe that B consents.*

(2) *Whether a belief is reasonable is to be determined having regard to all the circumstances, including any steps A has taken to ascertain whether B consents.*

(3) *A person guilty of an offence under this section is liable, on conviction on indictment, to imprisonment for life [4].*

Le législateur anglais se distingue par la forme « mathématique » des définitions de chaque infraction. Il distingue, dans ses éléments constitutifs, mais sans distinction de peine, le viol du reste des agressions sexuelles avec pénétration.

Le viol apparaît comme la conjonction de trois conditions :

- ✓ La pénétration du vagin, de l'anus ou de la bouche de la victime par le pénis de l'agresseur ; c'est l'élément matériel.
- ✓ L'absence de consentement de la victime.
- ✓ L'agresseur ne croit pas au moment des faits que la victime était consentante ; c'est l'élément intentionnel.

Il ressort de la lecture de cet article que le fait matériel est constitué uniquement par la pénétration du pénis, que l'agresseur ne peut être qu'un homme, que par contre la victime peut être un homme ou une femme et qu'enfin les autres agressions avec pénétration (*assault by penetration*) subissent la même peine.

Cette définition, est située à cheval entre les définitions tunisienne et française. Elle est plus large que la définition tunisienne puisqu'elle admet pour viol tous les cas de pénétration vaginale, anale ou buccale de la victime par l'organe viril de l'agresseur. En revanche, elle est plus restreinte que la définition française puisque l'agresseur ne peut être qu'un homme et l'organe pénétrant ne peut être que le pénis du coupable à l'exclusion d'une autre partie du corps de celui-ci ou d'un autre objet. Ces cas seront alors qualifiés d'agression sexuelle avec pénétration (assault by penetration).

L'intention criminelle de l'agresseur sera déterminée au vu de toutes les circonstances, y compris les précautions qu'il a pris pour s'assurer que la victime était consentante, en d'autres termes c'est à lui qu'incombe la responsabilité de se garantir le consentement de la victime.

En ce qui concerne les sanctions, la loi pénale anglaise paraît aussi sévère que la loi tunisienne, et plus sévère que la loi française. Elle punit de l'emprisonnement à vie aussi bien le viol que les agressions sexuelles avec pénétration.

#### 4. EN ESPAGNE

*Articulo 179 :*

*Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación con la pena de prisión de seis a 12 años.*

Article 179 du Code Pénal espagnol (CPE) :

Quand l'agression sexuelle consiste en une pénétration de la verge par voie vaginale, anale ou buccale, ou l'introduction d'une autre partie du corps ou d'un autre objet par l'une de ces voies, le responsable sera condamné comme auteur de viol, à la peine de prison de six à douze ans [5].

La définition espagnole du viol est analogue à la définition française : elle englobe tous les actes de pénétration sexuelle. La législation espagnole paraît par contre beaucoup plus clémente que toutes les autres législations puisqu'elle prévoit une peine de seulement 6 à 12 ans de prison pour le crime de viol.

#### 5. EN SUISSE

*Article 190 (Code Pénal suisse) :*

*Viol :*

*Celui qui, notamment en usant de menace ou de violence, en exerçant sur sa victime des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister, aura contraint une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel, sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.*

*Si l'auteur a agi avec cruauté, notamment s'il a fait usage d'une arme dangereuse ou d'un autre objet dangereux, la peine sera la réclusion pour trois ans au moins [6].*

De toutes les législations européennes, la définition suisse du viol est la plus proche de la définition tunisienne. En effet, elle limite le crime de viol à l'acte sexuel proprement dit, et les victimes aux personnes de sexe féminin. Le viol est puni de dix ans de réclusion.

Les autres agressions sexuelles désignées « actes analogues à l'acte sexuel et aux autres actes d'ordre sexuel » peuvent être rapprochés aux dits attentats à la pudeur en Tunisie. La peine prévue pour ces actes est la même que celle prévue pour le viol, c'est-à-dire dix ans de réclusion au sens de l'article 189 du code pénal suisse.

#### 6. RÔLE DE LA MÉDECINE LÉGALE [8, 9, 10, 11]

L'expert légiste peut apporter son aide essentiellement dans trois domaines :

- ✓ La preuve de la pénétration.
- ✓ Les signes de lutte.
- ✓ L'identification de l'agresseur.

Concernant la preuve de la pénétration, la constatation d'une rupture de l'hymen chez la fille vierge est un indice médicolégal de la plus haute importance. Cependant la défloration n'est pas la condition nécessaire, ni suffisante au viol : elle n'est pas nécessaire puisque l'hymen peut être complaisant et ne pas se rompre à la suite d'un véritable viol, ou dans le cas d'un coït vulvaire ; et elle n'est pas suffisante puis-

qu'elle peut résulter de l'intromission d'autre chose que la verge.

Chez la femme déjà déflorée, la réalité de la « possession » est encore plus difficile à établir, en effet même la présence de sperme dans les voies génitales n'apporte pas la preuve que le rapport sexuel dont il est la trace, constitue un viol.

Quant à l'absence de consentement, la médecine légale peut apporter des arguments utiles, représentés essentiellement par la découverte de traces de violence génitales ou extra génitales sur la victime ou sur l'agresseur, inférant qu'il y a bien eu lutte.

L'identification de l'agresseur peut être réalisée outre les moyens habituels (témoins oculaires, empreintes digitales) soit par l'intermédiaire des fichiers dentaires soit par les techniques de l'ADN.

La comparaison des empreintes dentaires de l'agresseur laissées sur le corps de la victime sous forme de traces de morsure aux fichiers dentaires d'un présumé coupable peut permettre son identification.

Par ailleurs, le prévenu peut être confondu en comparant son ADN à celui recueilli sur les liquides biologiques laissées par l'agresseur (sperme, salive). Les marges d'erreur sont alors très minimes permettant d'affirmer avec quasi certitude qu'il s'agit bien de la même personne.

## CONCLUSION

Les agressions sexuelles sont des crimes répugnés par toutes les sociétés et condamnés par toutes les législations. Cependant, les définitions et les sanctions prévues sont très variables d'une loi à l'autre.

En matière de viol, la loi tunisienne est la plus restrictive limitant le viol au coït vaginal sans consentement de la victime. La peine prévue est également la plus stricte, mais elle est compensée par des peines largement moins sévères pour les attentats à la pudeur.

En Europe, à l'exception de la Suisse, la définition du viol est plus large englobant d'autres cas de pénétration sexuelle. Au niveau des sanctions, la loi pénale anglaise est la plus rigoureuse, suivie de la loi française puis des lois espagnole et suisse.

Par ailleurs, inversement aux différentes lois européennes, le viol entre conjoints n'est pas admis en Tunisie.

Toutes ces divergences de lois reflètent des différences culturelles et philosophiques des législateurs, variables selon les principes et les mœurs des différentes sociétés. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Code Pénal tunisien. Tunis : Publications de l'Imprimerie officielle de la république tunisienne, 2006, p. 80.
- [2] SAKHRI M. – *Le Code Pénal commenté*. Tunis : Edition Nouha, 2006.
- [3] Code Pénal Français : en ligne ; [www.rabenou.org/code/penal](http://www.rabenou.org/code/penal)
- [4] Code Pénal du Royaume Uni : en ligne ; [www.bailii.org](http://www.bailii.org)
- [5] Code Pénal Espagnol : en ligne ; [www.noticias.juridicas.com/base-datos/penal](http://www.noticias.juridicas.com/base-datos/penal)
- [6] Code Pénal Suisse : en ligne ; [www.admin.ch](http://www.admin.ch)
- [7] SOUTOUL J.H., CHEVRANT-BRETON O. – *Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Paris : Ellipses, 1994.
- [8] AYADI A. – Les agressions sexuelles dans la région de Sfax, étude médico-judiciaire. Sfax : thèse de médecine, 2001.
- [9] GUILLET-MAY F., THIEBAUGEOORGES O. – Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *EMC-médecine* 2 (2005), p. 13-23.
- [10] FATEH R. – Les crimes sexuels entre la médecine légale et la justice ; mémoire de fin d'études, institut supérieur de magistrature 2002.
- [11] BAHROUN S. – Les crimes sexuels commis sur les mineurs dans la loi pénale ; mémoire de fin d'études, institut supérieur de magistrature 2001.



*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

## **Médecine Légale et Droit à la sûreté *Point de vue d'un magistrat***

Thomas CASSUTO<sup>1</sup>

### **INTRODUCTION**

---

Le droit à la sûreté est un droit fondamental. Il est généralement associé à la liberté d'aller et venir et à l'interdiction de la détention arbitraire. Mais il convient de lui reconnaître une valeur matricielle [1] qui lui confère une portée plus large. Le congrès de l'AIBFS est l'occasion de tenter d'illustrer de quelle manière la médecine légale participe activement à la sûreté des personnes en leur fournissant les moyens de prévenir certaines formes d'atteintes, de reconnaître l'existence d'un préjudice et par voie de conséquence sa possible réparation. En effet, la réparation du dommage fautif est une garantie essentielle de restauration de l'individu dans son intégrité physique, psychologique et juridique. Cette restauration constitue une garantie du droit à la sûreté. Elle est également de ce fait une garantie contre des décisions et des actes arbitraires qui seraient liés à l'action de l'Etat dans le domaine répressif ou sanitaire [2].

### **Définitions**

Le droit à la sûreté a longtemps été considéré comme l'affirmation de l'interdiction de toute forme d'arrestation arbitraire. Mais au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la perception de ce principe s'est étendue [3].

**Le droit à la sûreté** a été affirmé par l'article 2 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. On peut aisément admettre que ce principe se décline à travers plusieurs articles qui suivent, notamment l'article 12 qui pose le principe de la garantie des droits de l'homme et pour ce faire d'une force publique. Ainsi le principe du droit à la sûreté pourrait se résumer au fait qu'aucun citoyen ne doit être exposé à un risque excessif et anormal d'atteinte à son intégrité.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, dont nous fêtons le soixantenaire dans les tous prochains jours, évoque dans le préambule et en son article 3 le « droit à la sûreté de la

---

1. Magistrat, Docteur en Droit, actuellement Vice-Président chargé de l'instruction au tribunal de grande instance de Nanterre.  
179-191 avenue Joliot-Curie, 92000 Nanterre, France.



personne ». Ce principe trouve également un écho dans le préambule avec l'affirmation du droit à la dignité.

Le préambule de la constitution française de 1946 affirme le principe du droit au respect de la dignité humaine, principe qu'il faut comprendre notamment comme le droit au respect de l'intégrité physique et psychique de l'individu et auquel peut faire écho le droit à la santé formulé à l'article 11 de ce même préambule.

La Convention Européenne de Sauvegarde des droits de l'homme de 1950 l'énonce en son article, article 5.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, récemment intégrée par le Traité de Lisbonne [4] affirme en son article 3 : 1° « Toute personne a droit à son intégrité physique et morale » et en son article 6, que « toute personne a droit à la liberté et à la sûreté ». Ces dispositions peuvent être utilement rapprochées du Traité de l'Union européenne relatives au droit à la santé pour tout citoyen au sein de l'Union [5].

Ainsi, le droit à la sûreté tend à garantir l'intégrité de la personne et à assurer la restauration de ses droits, y compris lorsque l'atteinte découlerait de l'intervention de la puissance publique.

Pour sa part, **la médecine légale** est une science qui a connu de formidables évolutions. Mais sa définition nous apparaît constante. Elle vise à l'analyse scientifique d'une question technique nécessaire à la résolution d'une problématique juridique. Elle intervient généralement autour de questions de responsabilité de toute nature que le droit connaît, notamment l'évaluation du préjudice, la désignation d'un acte fautif, et l'établissement du lien de causalité [6].

La médecine légale intervient en matière pénale. Elle intervient aussi en matière civile. Quel que soit la branche du droit, la médecine légale intervient à l'occasion d'un fait dommageable entre deux particuliers. Elle est sollicitée de plus en plus lorsqu'un acteur de santé [7] se trouve impliqué dans une activité de soin susceptible d'être à l'origine de ce fait dommageable [8]. Elle est encore requise à l'occasion de l'action de la puissance publique dans ses multiples champs de compétence. Ainsi quelle que soit l'origine de l'atteinte à l'intégrité de la personne

et la violation du droit à la sûreté, la médecine légale constitue un instrument de preuve essentiel. Des progrès notables ont été réalisés en favorisant l'accès à la médecine légale aux personnes victimes d'atteintes à leur intégrité [9].

Plus généralement, quelles que soient les circonstances précises du recours à la médecine légale nous constatons qu'elle met en œuvre ses champs de connaissance dans un cadre formalisé au service des parties, permettant à celles-ci de faire valoir utilement et efficacement la garantie du droit à la sûreté.

## I. LA MÉDECINE LÉGALE COMME ACTIVITÉ D'INTERMÉDIATION DANS LES ORDRES JURIDICTIONNELS

La médecine légal apparaît comme un acteur essentiel de l'analyse et de l'interprétation du fait. Elle prend une place tout à fait singulière dans le processus juridictionnel [10].

1°/ La médecine légale permet une prise de distance par rapport aux faits : le temps de la médecine légale est différent de celui de la médecine de soin. Le médecin légiste peut introduire une distanciation entre le fait dommageable, qu'il soit survenu à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement de soin, et ses constatations. Il peut prendre connaissance de tous les éléments sans être lui-même à proprement parlé impliqué dans ces soins.

La médecine légale met en perspective différents éléments : cette distance permet au médecin légiste de collecter toutes les informations disponibles et de les mettre en perspective. Elle offre un temps de la constatation et préserve le temps de l'investigation. Ces deux temps peuvent s'inscrire dans une durée qui s'étend au-delà de celle des soins.

2°/ Cette distanciation autorise une révision d'un processus mis en cause et en question : l'analyse in abstracto dans un cadre médico-légal vient soutenir une analyse complète d'un processus à l'origine d'un dommage. Aucune activité humaine n'est infaillible. Plus particulièrement, en matière de responsabilité médicale, cette analyse est déterminante pour identifier et décrire la chaîne causale et pondérer les

responsabilités des acteurs et des structures. Ce type d'analyse requiert du temps et la collecte de données complexes, souvent au delà du dossier médical [11]. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'opposer une médecine à une autre, mais à travers un processus double d'établissement des faits et de révision des actes de permettre de prévenir la répétition d'événements indésirables.

Le temps de l'examen médico-légal est avant toute chose le moment pour fixer le fait : décrire au plus près de l'événement les données factuelles techniques s'exprimant dans l'ordre du droit.

3°/ L'unité de médecine légale devient ainsi un lieu protégé de recueil d'informations – le dossier médical – ou de la parole – du corps ou de l'esprit souffrant. Le dossier médical constitue, et nonobstant la loi de 2002, une source d'informations à la fois de premier ordre et en même temps ultra protégée. L'expert apparaît être l'unique personne susceptible d'en révéler le contenu au travers de son propre rapport. Depuis la loi de 2002 [12], le patient ou ses ayants-droits y ont accès. Il n'en demeure pas moins que l'administration de son contenu dans le débat juridictionnel est entre les mains de l'expert.

Par ailleurs, le médecin légiste va bien souvent être une des personnes et non des moindres pour recueillir la parole de la personne atteinte dans son intégrité physique ou psychique. Le recueil de cette parole est utile à plusieurs niveaux. Pour identifier le dommage, comprendre sa genèse, analyser le contenu du discours quant à sa cohérence par rapport aux constatations médico-légales. Il est également un instant privilégié pour la victime qui va pouvoir se confier à un sachant, un tiers de confiance qui pourra lui apporter conseil et réconfort notamment sur des questions liées à son propre état de santé.

4°/ Cette proximité temporelle est fondamentale quitte à distinguer le temps de la constatation et le temps de l'analyse. La médecine légale apparaît de plus en plus comme une activité permettant de sécuriser les procédures : pour le gardé à vue [13], le détenu bien sûr, mais également pour les autorités de poursuite, ou encore pour les personnes mises en cause à tort, ou pour limiter les risques d'une confrontation avec une pseudo-victime trop crédible.

Ainsi la mise en place d'Unités Médico-Légales [14] de protocoles d'examens sur réquisitions judi-

ciaires permettent de renforcer très sensiblement le droit à la sûreté des personnes qui, étant arrêtées ou détenues, voient leur droit à la sûreté a priori légitimement limité. Ainsi, l'absence de doléance formulée ou de constatation de la part du praticien d'une UMJ permet de désamorcer l'invocation non fondée de violences ou de mauvais traitements.

De même, la possibilité pour toute personne de solliciter un examen médical, notamment au cours d'une mesure de garde à vue, a très certainement limité le recours abusif à la violence par les forces de l'ordre.

5°/ Les contraintes liées à son organisation font parfois aussi de l'Unité médico-légale un lieu de tensions liées aux impératifs de gestion des coûts, des délais. En effet, la manifestation de la vérité, la recherche du fait générateur ou encore la description d'une chaîne causale vont être déterminants pour l'application de la règle de droit. Une telle démarche est onéreuse en terme de temps, de moyens d'investigations et naturellement de compétences. Il nous semble symptomatique de constater que nombre d'affaires, qui mettent en cause les structures hospitalières, les institutions publiques ou privées de la santé, nécessitent des moyens exceptionnels d'investigation. Ce qui conduit naturellement nombre de parties à solliciter un juge pénal qui – notamment dans le cadre de l'instruction préparatoire telle que nous la connaissons en France –, permet de conduire à des résultats plus aboutis que dans le cadre civil.

6°/ Il faut évoquer également la question délicate de l'examen non consenti. Cette problématique complexe soulève des difficultés dans deux hypothèses particulières qui doivent appeler l'attention. La première concerne évidemment les actes invasifs qui peuvent être commandés par la nécessité de protéger la personne contre elle-même, de protéger les tiers et de permettre la réalisation d'investigations techniques telles que dépistages ou comparaison d'ADN. De tels actes sont susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique de la personne. Il est nécessaire qu'ils soient réalisés avec précaution, selon le principe de proportionnalité afin de ne pas risquer d'engendrer une atteinte à la dignité de la personne.

La seconde hypothèse concerne les actes concernant des personnes impliquées dans un événement dommageable. Le constat d'implication ne permet

pas de déterminer a priori le statut de la personne : victime, témoin passif ou actif, auteur, etc. Dans de telles circonstances, notamment de catastrophe ou d'accidents en série, il peut être nécessaire, dans l'urgence, de procéder à des constatations ou de recueillir des témoignages. La médecine légale apporte ici un concours particulier, dans l'immédiateté et en coordination avec la médecine d'urgence, pour permettre dans les meilleures conditions de réaliser ces opérations. L'attention peut alors se porter sur l'autorisation accordée de procéder à l'audition d'une personne maintenue en salle de réanimation, afin précisément de recueillir des éléments qui dans de nombreux cas peuvent être cruciaux pour prévenir la survenance de nouveaux dommages ou une répétition des faits. Cette autorisation accordée aux enquêteurs d'accéder au témoin doit être considérée non seulement au regard du droit à la sûreté – l'audition ne doit pas mettre en péril la sécurité du patient – mais également de la nécessité de préserver la sûreté de tiers – le témoignage pouvant permettre d'identifier un auteur avant qu'il ne ré iterate ou de prévenir le renouvellement d'une catastrophe.

Des affaires retentissantes jugées en France ont prospéré grâce à la persévérance des parties, des magistrats et des enquêteurs. Toujours est-il que lorsque l'on surmonte les obstacles juridiques et à établir un lien de causalité scientifique, il est possible de parvenir à des résultats extrêmement satisfaisants.

Ainsi, et malgré ses contingences fortes, la médecine légale est souvent l'un des premiers lieux permettant de restaurer la partie lésée, la victime dans ses droits et de garantir ainsi l'effectivité du droit à la sûreté. Les données qu'elle apporte serviront de base à la discussion juridique.

## **II. LA MÉDECINE LÉGALE EST LE SIÈGE D'UN DÉBAT CONTRADICTOIRE AU SERVICE DE LA JUSTICE, À LA DISPOSITION DES PARTIES POUR L'ÉTABLISSEMENT DES FAITS**

Les progrès scientifiques offrent de nouvelles voies d'investigations [15]. Ils sont toujours plus

complexes et dépendants les uns des autres. Mais plus encore, nous constatons que les éléments de preuve sont rarement univoques. Une empreinte digitale ou une trace d'ADN sur l'arme d'un crime ne permet pas de démontrer *ipso facto* et de manière définitive que la personne à laquelle correspond cette empreinte ou cette trace soit l'auteur. La mise en œuvre des ressources médico-légales conduit établir un champ de questionnement qui doit permettre à la fois d'ordonner les réponses dans la résolution de problématiques scientifiques et juridiques mais également d'offrir un maximum d'éléments de réponse aux interrogations qui pourraient être développées dans le cadre du débat juridictionnel.

Les différentes spécialités qui se dégagent dans l'approche médico-légale ne peuvent pas s'aborder isolément. Elle ne peuvent pas non plus s'affranchir d'un dialogue permanent avec les autorités judiciaires. Le débat juridictionnel a plusieurs facettes.

1°/ Entre le juge et l'expert : le dialogue est nécessaire pour la définition de la mission, l'évocation du possible, la mise en œuvre du savoir et in fine la détermination du fait. L'évolution des règles de procédure conduit à inviter de plus en plus dans ce dialogue les parties elles-mêmes.

Quel que soit le cadre juridictionnel, le dialogue entre le juge et l'expert est nécessaire. Il permet de concevoir la mission au plus près de la réalité technique et scientifique et de conduire à la formulation de réponses utiles à la résolution d'une problématique juridique. Ce dialogue doit être à la fois concret, autour du cas particulier, mais également abstrait sur l'état de la science. En effet, c'est le *possible* qui peut conduire à orienter des mesures d'instruction qui permettront de mettre en les mains de l'expert des informations utiles ou encore d'amener l'expert à entreprendre des opérations susceptibles d'apporter des éléments de réponse plus fins. Les constatations et les résultats d'une analyse étant rarement univoques, il est nécessaire de permettre aux experts de fournir toutes les informations, toutes les données, que la science permet de révéler.

L'expert a par ailleurs un rôle pédagogique dans l'administration de son savoir. L'éthique de la connaissance doit le conduire à mettre à disposition non seulement les éléments de son analyse, mais également les éléments permettant d'en comprendre tous les aspects et la portée.

2°/ Entre les parties et l'expert : la valeur d'une décision juridictionnelle repose sur la qualité du débat, contradictoire, qui se développe devant le juge. Parce que l'expert est appelé à donner un avis sur une question technique, il nous paraît essentiel que cette question puisse être débattue par les parties, devant l'expert, avant éventuellement d'être débattue sur un plan plus juridique devant le juge. Le procès pénal permet souvent à ce débat de se tenir en présence du juge.

Le caractère contradictoire de l'expertise, en matière civile et de plus en plus en matière pénale, permet de mettre en balance le plus tôt possible l'ensemble des arguments techniques et de les soumettre à l'analyse de celui qui a été désigné par le juge, le cas échéant en concertation avec les parties. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les parties sont des professionnels de la santé et qu'ils peuvent disposer d'informations ou d'éléments d'analyse qui ne seront pas concrètement accessibles à l'expert. De la même manière, l'expert pourra aller explorer les analyses et les intentions des praticiens dont la responsabilité est mise en cause à l'occasion d'un acte dommageable.

3°/ Entre les experts : la nécessité croissante d'agrégner des compétences de plus en plus variées, complexes et techniques est devenu une question clef qui a fortement évolué au cours des dernières années. De plus en plus, l'analyse d'une chaîne causale dommageable telle qu'on peut en observer dans le cadre d'activités médicales toujours plus complexes, repose sur l'agrégation de compétences multiples.

La question est de savoir s'il faut se contenter d'analyses ponctuelles ou d'envisager une coordination des différentes mesures. Le cas échéant, l'élection du coordonnateur ou de l'expert en charge de la synthèse est naturellement fondamentale.

4°/ Entre les parties devant le juge : le travail des experts trouve son aboutissement dans le débat contradictoire tenu devant le juge. C'est ce débat qui va conduire à l'élaboration de la décision, à la satisfaction équitable d'intérêts divergents. La phase de jugement sollicite naturellement des questions de droit. Elle sollicite aussi au plus fort, des arguments de faits qui, en matière de responsabilité médicale, sont tirés des rapports d'expertise. Rappelons le, l'expertise médico-légale doit permettre de déter-

miner le préjudice, le fait dommageable et le lien de causalité au plan scientifique. Le débat juridictionnel se trouve ainsi singulièrement resserré entre la détermination de la règle de droit, son interprétation, et l'élection des éléments factuels utiles à la construction de la solution. Ainsi, si l'expert est absent de cette phase, son travail demeure omniprésent.

Il arrive que l'établissement du lien de causalité juridique ne repose pas sur l'existence d'un lien de causalité scientifique faisant l'objet d'un consensus établi. Les décisions rendues en France relatives à la responsabilité du fait de la survenue de la sclérose en plaque consécutivement à une vaccination contre le VHB illustre parfaitement la problématique de la distinction des deux types de lien de causalité [16].

Le débat d'experts peut prendre sa source dans l'antre de l'Académie mais il doit trouver toute sa force dans l'enceinte du Palais. Il est donc essentiel que les parties aient pu participer à ce débat, afin de renforcer la qualité de la décision à venir, et par conséquent de restaurer la victime dans l'intégrité de ses droits, sinon dans l'intégrité de son corps meurtri. Le principe du droit à la sûreté n'en sera que mieux affirmé.

## CONCLUSION

Le débat juridictionnel est passionnant et fascinant. Il déborde souvent de sa sphère propre pour toucher l'ensemble des citoyens. Il peut surtout être l'occasion d'une analyse systémique, notamment sur les chaînes causales qui sont très souvent en question dans le domaine de la responsabilité suite à des accidents médicaux ou industriels, avec la nécessité d'une articulation des analyses.

La démarche qui vise à restaurer la victime dans ses droits et à rendre effectif, notamment au travers de la réparation juste, l'effectivité du droit à la sûreté, peut être l'occasion d'une révision des pratiques permettant d'en renforcer la sécurité, singulièrement dans le domaine de la santé publique.

En un temps où l'action de l'Etat ou des institutions publiques est de plus en plus sujette à la critique [17] en ce qu'elle est de nature à porter atteinte au droit à la sûreté – à travers le recours à la force

publique, l'action de l'administration pénitentiaire, la protection de la santé mentale, l'accomplissement des activités de soins, etc., la médecine légale constitue une des garanties importantes de la protection de ce droit.



## RÉFÉRENCES

- [1] MATHIEU Bertrand – Pour une reconnaissance des « principes matriciels » en matière de protection constitutionnelle des droits de l'homme, *Dalloz* 1995, chr. p. 211.
- [2] La médecine légale est au cœur du contentieux de la santé publique, voir CASSUTO Thomas – *La santé publique en procès*, coll. Questions judiciaires, PUF, avril 2008 pp. 163.
- [3] Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme « Les grands textes internationaux des droits de l'homme » présentés par Emmanuel DECAUX, Préface de Bernard KOUCHNER, La Documentation Française, octobre 2008.
- [4] Dont le processus de ratification est toujours en cours.
- [5] Notamment l'article 152 CEE.
- [6] A l'initiative du Ministère de la Justice, un travail de réforme de la médecine légale est en cours.
- [7] Un praticien, un industriel, une institution publique voire l'Etat.
- [8] L'affaire du sang contaminé par le VIH a connu des développements devant les juridictions pénales, civiles, administrative et devant la Cour de Justice de la République
- [9] V. LECOURT Dominique (dir.) – *Dictionnaire de la pensée médicale*, Quadrige Dico, PUF 2004.
- [10] V. CASSUTO Thomas – *La santé publique en procès*, op. cit. pp. 104.
- [11] V. Rapport annuel de la Cour de Cassation pour 2007 *La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation*, La documentation française, pp. 227.
- [12] Loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JO* du 5 mars 2002.
- [13] En application de l'article 63-3 du code de procédure pénale, toute personne placée en garde-à-vue peut à sa demande être examinée par un médecin. Cet examen peut être prescrit d'office par l'officier de police judiciaire ou le magistrat chargé de contrôler l'exercice de cette mesure.
- [14] Ou d'Unités Médico-Judiciaires – UMJ.
- [15] Les règles relatives à l'expertise sont définies en matière civile aux articles 143 à 178 et 263 à 284-1 du nouveau code de procédure civile et en matière pénale aux articles 156 à 168 du code de procédure pénale. V. CASSUTO Thomas (dir.) – *Les défis du vivant*, Ed. Présage, mars 2004.
- [16] ROUGE-MAILLART Cl., JOUSSET N., GUILLAUME N., PENNEAU M. – Complications neurologiques et vaccination contre l'hépatite B : l'impossible conciliation entre la preuve scientifique et la preuve judiciaire. Conséquences sur la pratique expertale. *Médecine & Droit*, 2004, 89-93.
- [17] SUREAU Claude, LECOURT Dominique, DAVID Georges (dir.) – *L'erreur médicale*, Quadrige, PUF, 2006.



*Compte rendu des actes  
48<sup>e</sup> Réunion Italo-Belgo-Franco-Suisse  
Bruxelles, 5 et 6 décembre 2008*

# **La preuve médico-légale par l'expertise ADN face au respect des droits de l'Homme dans le procès pénal**

Georges FENECH<sup>1</sup>

## **INTRODUCTION**

Monsieur le Président,  
Mesdames, Messieurs,

J'ai choisi de limiter mon intervention à la preuve médico-légale par l'expertise ADN face au respect des droits de l'Homme dans le procès pénal.

## **L'ADN : la reine des preuves**

La preuve par l'ADN ouvre pour la Justice un nouveau champ d'exploration dont on ne mesure sans doute pas encore l'importance de ses implications.

Grâce à l'ADN, réussira-t-on, par exemple, à résoudre l'éénigme criminelle de l'affaire du petit Grégory retrouvé mort dans la Vologne le 16 octobre 1984 et qui passionne les français depuis bientôt un quart de siècle ?

Jusqu'à ce jour, toutes les expertises avaient été vouées à l'échec. Rappelons qu'une analyse génétique avait été demandée par les grands parents et leur avocat en décembre 1999, soit plus de 15 ans après la découverte du corps du petit Grégory (octobre 1984) et plus de 6 ans après le non-lieu prononcé en faveur de sa mère (février 1993). La Cour d'appel de Dijon avait accédé à cette requête en juin 2000 et l'analyse avait été effectuée en octobre de la même année par le laboratoire de génétique moléculaire du CHU de Nantes.

1. Magistrat (ancien premier juge d'Instruction à Lyon).

1<sup>er</sup> substitut à l'administration centrale du Ministère de la Justice.

Ancien député, membre de la Commission des Lois, membre de la Commission d'enquête d'Outreau, rapporteur du bracelet électronique mobile et de la rétention de sûreté, Président de la Commission d'Enquête sur les sectes et les mineurs.

Nommé Président de la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires, le 19 septembre 2008.



L'analyse portait sur un demi timbre d'une lettre que le « corbeau » avait adressée aux grands parents en avril 1983, près d'un an avant le meurtre. Cependant, selon les experts, l'auteur de cette lettre est le même que celui de la lettre postée juste après la disparition de l'enfant. Le rapport du laboratoire mettant fin aux espoirs de la famille : si un mélange d'ADN a été visualisé sur le timbre, il est inexploitable en raison des manipulations de l'enveloppe depuis 1983 et des conditions de sa conservation. De plus, pour les besoins de l'analyse, le laboratoire a dû détruire le timbre, rendant ainsi impossible toute contre-expertise ultérieure.

Cependant, la Cour d'appel de Dijon, à l'initiative de son Procureur général, a ordonné avant-hier, le 4 décembre 2008, la réouverture du dossier « *Compte-tenu des progrès de la science dans le domaine de la génétique* ». Jean-Paul MOISAN, Directeur de l'Institut de Génétique de Nantes-Atlantique, s'était rendu à Dijon sur réquisition du Procureur général, Jean-Marie BENEY, et avait conclu à la possibilité de réaliser de nouvelles expertises ADN à partir des scellés constitués de la cordelette utilisée pour lier les mains de l'enfant, d'une seringue et son emballage, découverts à proximité du corps et d'enveloppes utilisées pour les lettres anonymes. Tentative de la dernière chance sans doute.

Incontestablement, l'empreinte ADN, qu'elle accuse ou innocent, est bien devenue la reine des preuves, titre réservé au siècle dernier à l'aveu. Tandis que l'aveu peut être rétracté et même perdre toute force probante en l'absence de tout indice matériel corroborant (ex : acquittement de Patrick DILS), l'empreinte ADN ne peut souffrir d'aucune contestation. Elle identifie formellement son propriétaire, qu'elle livre ensuite à la Justice. C'est l'exemple le plus abouti de la science au service de la Justice, qui ne souffre d'aucune marge d'erreur. La terminologie « médecine légale » trouve ici sa pleine dimension, son lien quasi-ombilical entre la science et le droit pénal. L'empreinte ADN est la plus grande révolution de la médecine légale depuis l'empreinte digitale du Docteur BERTILLON.

Cette qualité absolue de la preuve par l'ADN exige en contre-partie un total respect des droits et libertés des personnes sur lesquelles elle est prélevée.

Ici, sans aucun doute, plus encore que dans d'autres domaines de la science légale, les droits fondamentaux de la personne, à l'occasion du procès pénal doivent être garantis : respect du corps, de la dignité de l'homme et respect des principes du contradictoire et des droits de la défense.

Ces rapports intimes de nature juridico-biologiques doivent se prémunir de toute dérive incestueuse, en étant étroitement surveillés et encadrés.

Le « biologiste-légiste », devenu le pilier irremplaçable du juge, doit être, comme la Justice, irréprochable.

Dès lors, nous nous attacherons après avoir démontré, par des exemples concrets, le caractère irremplaçable de la preuve par l'ADN, à préciser comment le cadre législatif qui entoure cette preuve préserve les principes fondamentaux des droits de l'Homme.

## **I. L'ADN, UNE PREUVE IRREMPLAÇABLE**

La découverte en 1953 par deux anglo-saxons, James WATSON et Francis CRICK de la structure de l'acide désoxyribonucléique, une molécule à la forme d'une double hélice, allait percer bien des secrets et des mystères et devenir un irremplaçable outil d'enquête.

Cette révolution copernicienne nous apporte chaque jour son lot de prodiges. Des mystères de l'Histoire sont enfin éclaircis. Il est prouvé aujourd'hui que le « prisonnier du Temple » était bien le fils de Louis XVI. On connaît avec certitude les circonstances de la fin de la famille impériale de Russie. C'est encore par l'expertise ADN qu'Aurore DROSSARD a été déboutée de sa demande de reconnaissance d'une filiation revendiquée avec Yves MONTAND.

Mais c'est dans le cadre des enquêtes judiciaires, objet de notre propos, que le décodage génétique d'un individu se révèle être un outil inégalable pour accuser ou à l'inverse mettre hors de cause.

Je voudrais ici évoquer le parcours criminel de Guy GEORGES surnommé « le tueur de l'Est Parisien », dont les « tristes exploits » seront à l'origine de la création du Fichier National Automatisé des Empreintes Génétiques, sous la chancellerie d'Elisabeth GUIGOU, en 1998.

Guy GEORGES a fait de ses deux prénoms accolés la carte de visite criminelle la plus sanglante de ces dernières années.

Dès 14 ans et 16 ans il avait tenté d'étrangler tour à tour ses deux sœurs adoptives, ce qui lui vaudra d'être placé dans un foyer spécialisé de la DDASS.

A 17 ans, il commettait sa première agression sur une jeune femme qu'il avait suivie jusque dans un bois. Quelques heures après avoir tenté de l'étrangler il était interpellé et passait une semaine en prison. A sa sortie, il plongeait dans la délinquance en commettant des vols à répétition.

Un an plus tard, il agressait à nouveau une jeune femme dans un ascenseur, puis lui volait son sac et la frappait au visage violemment, sans être identifié.

Il récidivait dans les mêmes circonstances dix jours plus tard. Cette fois, devant la résistance de sa victime, il franchissait un palier dans la violence en lui plantant son couteau dans la joue. Interpellé, Guy Georges sera condamné à un an d'emprisonnement par le tribunal correctionnel d'Angers. Libéré le 10 février 1981, il s'installait chez un ami à Paris où il commettait des vols et se prostituait pour Vivre.

Le 16 novembre 1981 il agressait sauvagement dans son immeuble Nathalie L, 18 ans, au moment où elle regagnait son domicile. Violée, poignardée à plusieurs reprises, laissée pour morte, la jeune femme réussissait à se traîner et à appeler les secours.

Au bout de quelques mois d'enquête, l'affaire était classée sans suite faute d'éléments d'identification.

Après une incarcération de 5 mois pour vol, Guy GEORGES s'en prenait de la même manière à Violette K. dans le 16<sup>e</sup> arrondissement de Paris ; il tentait de lui imposer une fellation et la poignardait au cou. Il était mis en fuite par un témoin. Identifié, il était condamné à 18 mois d'emprisonnement. C'est au cours d'une permission de sortie pour « bonne conduite », qu'il tombait sur sa prochaine victime qui s'apprêtait à récupérer son véhicule dans un parking.

Pascale N, 22 ans se voyait imposer une fellation sous la menace d'un couteau sous la gorge. Elle était ensuite attachée et bâillonnée à l'arrière de son véhicule dans le but d'être violée. Dans un sursaut de résistance, elle parvenait à défaire ses liens et à s'enfuir en criant. L'arrivée fortuite d'un véhicule provoquait la fuite de son agresseur qui était arrêté le soir même grâce au signalement précis fourni par Pascale N. Cette agression lui valut sa première condamnation, le 5 juillet 1985 en Cour d'assises de Meurthe et Moselle, à 10 ans de réclusion criminelle !

En détention, ne s'estimant pas malade il refusait les traitements médicaux qu'on lui proposait.

A mi-peine, le 8 janvier 1991, alors qu'il n'aura vu qu'une fois un psychiatre pendant sa détention, Guy

GEORGES était placé sous le régime de la semi-liberté. Dix jours plus tard il disparaissait sans réintégrer la prison de Caen. Il regagnait la capitale et vivait à nouveau d'expédients.

Il devait commettre son premier assassinat dans la nuit du 24 au 25 janvier 1991. Attablé à une terrasse de café, il remarque une jolie jeune femme blonde marchant dans la rue, insouciante. Il la suit jusqu'à son immeuble. A l'intérieur il lui emboîte le pas, la dépasse dans l'escalier. Sans se méfier, Pascale ESCARFAIL arrive au 6<sup>e</sup> étage, réalisant trop tard les intentions criminelles de l'homme qui l'attend, posté devant sa porte palière. Elle reste interdite.

Sous la menace d'un opinel n° 12, il l'oblige à rentrer à son domicile, lui lie les mains avec du châtillon et la jette sur le lit. Il lui découpe ses vêtements, lui tranche son soutien-gorge entre les deux bonnets ainsi que le slip sur les côtés. Il la viole puis après que la malheureuse se soit débattue, il la poignarde à 3 reprises. Un coup sera mortel, celui porté à la carotide gauche. Son crime accompli, il prend le temps de se laver les mains et d'emporter divers objets de valeurs.

Guy GEORGES venait d'entamer son parcours de grand tueur en série en mettant au point un scénario redoutablement efficace.

Trois semaines plus tard, Guy GEORGES réintégrait spontanément la prison de Caen, sans qu'aucune autorité, pas même le juge d'application des peines, n'ait songé à le questionner sur sa « virée » parisienne.

Après avoir été transféré à la prison de Coutances, il sera libéré définitivement le 4 avril 1992 sans avoir purgé toute sa peine.

Il commettra par la suite six nouveaux meurtres de jeunes femmes toujours selon le même scénario.

A l'évidence, pourtant, le cas de Guy GEORGES, qui présentait les traits d'un psychopathe et d'un pervers narcissique dénué de toute émotion, aurait dû alerter les autorités sanitaires et judiciaires. L'homme apparaissait dès cette époque habitué d'un « sentiment de maîtrise et d'omnipotence absolues ». Il considérait ses victimes comme des choses et non des êtres humains. Il était caractérisé par une double personnalité. Dissimulant ses crimes à son entourage il se montrait séducteur, multipliant les conquêtes féminines, quelquefois protecteur, par moments attentionné. Il jouait sur le registre du marginal et du révolté pour se faire pardonner sa petite délinquance. On le surnommait « Joe ». Il semblait enjoué, sympathique et blagueur.

Une fois libre, Guy GEORGES regagnait Paris où il vivait dans des squats. Au bout de dix huit jours, ses démons ressurgissaient. Il s'en prenait à une jeune étudiante, Eléonore P., qui se rendait vers minuit chez un ami boulevard Malesherbes. Dans l'entrée de l'immeuble, sous la menace du même opinel n° 12, il tentait de lui imposer une fellation. La victime se mit à hurler, en tentant de le dissuader. Au moment où il s'allongeait sur elle et levait son bras armé, la lumière de l'immeuble s'allumait. Alertés par les cris, plusieurs voisins accourraient provoquant, in extremis, la fuite de l'homme.

Rapidement alertée, la police parvenait à arrêter Guy GEORGES encore présent dans les parages. Curieusement, l'affaire de nature criminelle était « correctionnalisée » et jugée en comparution immédiate. Guy GEORGES, bien qu'en état de récidive et présentant une dangerosité avérée, s'en tirait avec 5 ans d'emprisonnement dont... 2 avec sursis !

Et de fait, de nouveau en liberté depuis le 5 novembre 1993, il assassinait après l'avoir violée Catherine ROCHER, le 7 janvier 1994, boulevard de Neuilly dans le 12<sup>e</sup> arrondissement. Son corps sera retrouvé avec la même signature, soutien gorge coupé entre les bonnets et vêtements découpés.

Six jours plus tard, il faillit faire une nouvelle victime en la personne d'Annie L., une animatrice radio, qui aura miraculeusement la vie sauve en s'enfermant de justesse dans son appartement.

Réussissant à passer entre les mailles des enquêteurs, Guy GEORGES, violera et assassinera Elsa BENDDY, âgée de 22 ans, dans un parking souterrain du boulevard Auguste-Blanqui dans le 13<sup>e</sup> arrondissement, le 8 novembre de la même année. Son frère découvrit son corps sur la banquette arrière du véhicule, le soutien-gorge coupé entre les bonnets et les vêtements tailladés.

Le même scénario se répétait un mois plus tard à l'encontre d'une architecte hollandaise de 33 ans, Agnès NIJKAMP, dont le corps fut retrouvé à l'intérieur de son domicile de la rue du Faubourg Saint-Antoine.

**Mais à l'occasion de cette affaire, les enquêteurs parvenaient pour la première fois à relever l'ADN du meurtrier.**

Nous sommes en 1994, le fichier automatisé des empreintes génétiques n'existe pas encore, ils ne peuvent donc pas lui accoler un nom.

Le 16 juin 1995, l'homme passait à nouveau à l'acte. Elisabeth O. échappera de peu à la mort. Cette jeune psychomotricienne de 23 ans fut ligotée dans son duplex, de la rue des Tournelles. Alors que Guy GEORGES était monté éteindre une lumière, la victime réussissait à se défaire de ses liens et à se jeter par la fenêtre du rez-de-chaussée provoquant la fuite de son agresseur. **Les enquêteurs relevèrent cette fois encore son empreinte ADN sur un mégot de cigarette. Et pour la première fois, ils firent le rapprochement avec celle du meurtrier d'Agnès NIJKAMP, mais toujours sans pouvoir mettre un nom sur son propriétaire.**

Moins d'un mois plus tard, Guy GEORGES violait et tuait à coups de couteau Hélène FRINKING, 27 ans, dans son appartement du 10<sup>e</sup> arrondissement. Son corps fut retrouvé, les vêtements découpés.

Le 25 août, il agressait dans l'escalier de son immeuble du Marais, Mélanie B. âgée de 20 ans. Sous la menace d'un couteau il pénétrait dans son domicile. S'apercevant de la présence de son compagnon il rebroussait aussitôt chemin, en laissant tomber ses papiers d'identité !

Se sentant invulnérable, Guy GEORGES avait le culot de se présenter spontanément au commissariat pour déclarer la perte de ses papiers d'identité.

Confondu par la reconnaissance formelle de sa victime il était arrêté, jugé et condamné... à trente mois de prison sans révocation de son sursis antérieur !

Sa photo était présentée à Elisabeth O. qui, étonnamment, ne le reconnaissait pas ; **personne ne comparera donc les empreintes ADN !**

La série noire pouvait continuer...

Le 23 septembre 1997, une étudiante de 19 ans, Magali SIAOTTI était violée et assassinée dans son appartement du 19<sup>e</sup> arrondissement toujours selon le même scénario : égorgement, mains attachées et sous-vêtements découpés.

Le 28 octobre 1997, Valine L., 25 ans, ne devait son salut qu'à ses cris sur le palier qui mirent en fuite son agresseur.

15 jours plus tard, Estelle MAGD, une secrétaire de 25 ans, n'avait pas la même fortune. Son corps violé et assassiné était retrouvé dans son appartement du 11<sup>e</sup> arrondissement. **Cette fois encore, les enquêteurs relevaient une trace d'ADN ; ils établissaient un lien avec les autres affaires mais sans pouvoir trouver l'identité du tueur.**

Face à la répétition de tous ces crimes non élucidés portant la même signature, la psychose enflait dans la capitale. Les familles des victimes exprimaient publiquement leur colère contre l'impuissance des forces de l'ordre. L'affaire prenait une tournure politique. Le préfet de Paris dût faire un appel public au calme.

Entre-temps, Guy GEORGES se faisait plus discret. C'est à ce moment que le juge d'instruction en charge des dossiers, Gilbert THIEL, décidait de passer à la vitesse supérieure. **Il demandait à tous les laboratoires privés et publics de faire une étude comparative de l'ADN du « tueur de l'Est parisien » avec les traces en stock, quelle que soit l'ampleur de la tâche.**

Dans un premier temps, les fonctionnaires de police rechignaient au motif que la loi interdisait à l'époque le fichage génétique. Le juge THIEL, pragmatique et déterminé, les prévenaient de son intention d'aviser les familles de leur refus, ce qui eut pour effet de débloquer la situation.

**Parmi tous les laboratoires sollicités, celui de Nantes passait une à une les 3500 empreintes répertoriées et, coup de chance, tombait sur celle identique, relevée après l'agression de Mélanie B.**

**Le 23 mars 1998, le tueur de l'Est Parisien avait enfin un nom : Guy GEORGES !**

Dès le lendemain, deux inspecteurs de la PI le reconnaissaient sortant de la station de métro Blanche. Bien qu'en possession d'un couteau, il ne leur opposait aucune résistance. L'homme était définitivement mis hors d'état de nuire.

Après une grotesque querelle entre plusieurs juges qui refusèrent de se dessaisir de leurs dossiers, toutes les affaires imputables à Guy GEORGES seront finalement regroupées au sein du cabinet de Gilbert THIEL. Après plusieurs interrogatoires, il finit par obtenir des aveux circonstanciés.

En décembre 2000, alors qu'il n'était pas encore jugé, Guy GEORGES tentera de s'évader avec trois autres co-détenus, en sciant les barreaux de sa cellule. Il sera rattrapé de justesse.

**Au cours de son procès qui débuta le 19 mars 2001, Guy GEORGES, après avoir commencé parnier l'ensemble des meurtres, finira par tout avouer face à la preuve absolue de l'ADN. Il a été condamné à la réclusion criminelle à perpétuité, assortie d'une période de sûreté de 22 ans.**

**Pour tous les acteurs de la justice, l'affaire Guy Georges reste un véritable cas d'école. C'est un condensé**

*de toutes les difficultés rencontrées à l'époque des faits par les enquêteurs et de l'aveuglement de la justice qui n'a pas su repérer la vraie personnalité du tueur malgré ses nombreux séjours en prison.*

*Ainsi, l'orphelin métis, balloté de foyers en familles d'accueil, le « tueur de l'Est parisien » s'était joué de la police et la justice pendant trois longues années en semant la mort sur son passage.*

*Tirant enfin les leçons de l'impunité dont il avait bénéficié pour commettre ses crimes, le garde des sceaux de l'époque, Elisabeth GUIGOU, décidait de créer le Fichier national automatisé des empreintes génétiques (FNAEG), le 17 juin 1998 mais en le réservant aux seules infractions sexuelles.*

Force est de reconnaître que ce fichier a connu une création trop tardive, et une mise en place interminable. Il n'est devenu réellement opérationnel que plus de trois ans après sa création. Il a fallu près de deux ans entre la publication du décret d'application (mai 2000) et la promulgation de la loi (juin 1998) et encore près d'un an et demi entre ce décret et la mise en œuvre opérationnelle du fichier.

Cette défaillance explique que la situation française faisait pâle figure avec celle qui prévaut en Grande-Bretagne par exemple.

C'est, en effet, dès 1995 que la loi britannique a autorisé les prélèvements d'ADN sur toute personne accusée d'un crime ou d'un délit justifiable d'une peine d'emprisonnement et prévu la création d'une base de données nationale centralisant les empreintes génétiques ainsi obtenues et celles provenant de traces prélevées sur les lieux de l'infraction. Ce fichier est mis en œuvre par le *Forensic Science Services* (FSS), agence exécutive du Ministère de l'Intérieur qui est en liaison avec 43 services de Police d'Angleterre et du Pays de Galles. Il comporte actuellement les empreintes génétiques de 1,7 million de personnes condamnées ou suspectes, ainsi que 160 000 traces provenant des lieux d'infractions. Il s'enrichit au rythme hebdomadaire de 9 500 échantillons biologiques. Depuis sa mise en place en 1995, le fichier a permis 200 000 rapprochements, qu'il s'agisse de rapprochement entre une trace et un suspect ou entre deux traces.

\*\*\*

**En France, avec l'expertise ADN, de nombreuses affaires anciennes (les « cold cases » = les dossiers froids en anglais) pourraient retrouver un second souffle.**

Au sein de la Direction centrale de la Police judiciaire, une trentaine de policiers de l'Office central pour la répression des violences aux personnes (OCRVP) sont spécialisés dans l'étude de ces « cold cases ».

Le chef de ce service, le Commissaire Frédéric MALON a révélé que l'an dernier environ 200 dossiers ont été sélectionnés dans le but de rechercher si des scellés présentent l'intérêt de subir de nouvelles analyses.

Ainsi, en novembre 2007, le meurtrier présumé de Sylvie BATON, une étudiante de 24 ans retrouvée violée et étouffée chez elle à Avallon (Yonne) le 5 mai 1989, a ainsi pu être démasqué grâce à l'étude de vêtements et d'objets saisis à son domicile et conservés sous scellés.

L'auteur, propriétaire de l'empreinte, un certain Ulrich MUENSTERMANN, avait été condamné en 2002 à une peine de prison à perpétuité pour le meurtre d'une autre jeune femme de 25 ans.

Plus récemment, le meurtrier d'une prostituée tuée d'une balle dans la tête en Guadeloupe le 11 juin 1997, a pu être élucidé grâce à des analyses menées sur un préservatif découvert après les faits.

Le 10 avril 2008, un ancien pompier de 55 ans, Robert GREINER, pouvait être condamné à la réclusion criminelle à perpétuité pour le viol et le meurtre, à l'aide d'une balle 22 long rifle, d'une lycéenne à Villeneuve-les-Savigny. Il a été confondu 19 ans après les faits, malgré ses dénégations, par la découverte d'une trace de son ADN relevée lors d'une bagarre avec des vigiles sur un parking.

*« C'est la montée en puissance du FNAEG élargi à tous les délinquants qui a permis de résoudre ce crime dix huit ans après »,* s'est félicité Christian JALBY, Sous-directeur de la Police technique scientifique qui abrite la plate-forme du FNAEG à Ecully (Rhône).

De telles performances scientifiques devaient nécessiter un encadrement législatif et réglementaire stricts.

## II. LE RESPECT DES PRINCIPES FONDAMENTAUX DES DROITS DE L'HOMME

Face à la montée en puissance du FNAEG, plusieurs questions se posaient :

- ✓ dans quel cadre juridique peut-on imposer un examen génétique à un individu ?
- ✓ que peut-on faire face à l'absence de consentement ?
- ✓ quelles sont les règles qui garantissent l'intégrité et la dignité de l'individu ?
- ✓ quelles sont les règles qui garantissent la fiabilité de l'analyse et sa conversation ?

Comment, en définitive, concilier le conflit d'intérêts entre le respect de la personne et celui de la société ?

Comparée à certains de ses voisins, au premier rang desquels la Grande-Bretagne, la France a fait preuve en matière d'analyses génétiques et de constitution d'un fichier spécifique d'une démarche particulièrement précautionneuse, pour ne pas dire hésitante. Cette hésitation trouve naturellement sa source dans le fait que le terme « génétique » est particulièrement chargé dans l'inconscient collectif, puisque les empreintes génétiques « pénètrent l'intimité de l'être à partir d'une infime partie de celuici ». Cependant, on peut affirmer que le FNAEG est aujourd'hui d'une application parfaitement sécurisée qui ne présente aucun risque d'aucune sorte pour les libertés individuelles.

### Le libre consentement

**Le prélèvement de l'ADN, chez un individu, comme toute autre forme de prélèvement sanguin, salivaire, capillaire, ne peut se faire sans son consentement.**

Le professeur Roger MERLE écrivait : « la Justice ne peut rien sur le corps. Elle ne peut le frapper ; elle ne peut pas davantage lui extraire par effraction les secrets que recèle sa constitution biologique ».

Car le prélèvement, même le plus insignifiant reste une atteinte à l'inviolabilité du corps humain.

Toutefois, rappelons que le refus peut exceptionnellement être sanctionné pénalement. L'alternative est donc entre le consentement ou le délit de refus. C'est aussi le cas en matière de conduite en état alcoolique.

S'agissant de la comparaison ADN, deux situations doivent être distinguées. Lorsque des traces de sperme ont été recueillies sur la victime ou sur les lieux du crime, l'examen est de plein droit, car par hypothèse, on ne connaît pas son propriétaire.

Et depuis la loi du 17 juin 1998 instituant le Fichier national automatisé des empreintes génétiques, cette trace peut y être inscrite sans aucun consentement.

Par contre, lorsqu'il s'agit de comparer cette trace avec l'ADN d'un individu, le consentement de ce dernier reste nécessaire pour pratiquer un prélèvement.

Tout comme la personne mise en examen a le droit de se taire, elle a aussi le droit de ne pas faire parler son corps. A la liberté d'esprit s'ajoute la liberté corporelle.

La circulaire du 10 octobre 2000 précise que « *les principes généraux de notre droit garantissant l'inviolabilité du corps humain ne permettent pas qu'un prélèvement – tels qu'une prise de sang, un prélèvement capillaire ou un prélèvement buccal – soit effectué de force sur la personne* ». Elle considère qu'il en va de même s'agissant des prélèvements sur une personne condamnée.

Il restera au juge à tirer les conséquences d'un tel refus pour, le cas échéant, conforter une présomption de culpabilité.

Certes, pour surmonter ou prévenir tout refus de prélèvement, la circulaire préconise quelque expédient, tels que « *réaliser l'analyse à partir d'un échantillon de matériel biologique qui se serait détaché du corps humain, comme des cheveux trouvés sur un peigne ou des traces de salive présentes sur un verre* » ou porter l'éventuel refus opposé par un détenu « *à la connaissance du juge d'application des peines (...), afin qu'il en apprécie les conséquences quant à l'octroi des mesures d'aménagement de peine, comme les réductions de peines, les permissions de sortie ou la libération conditionnelle* ». C'est ainsi qu'un habitant de Pleine-Fougères, qui avait refusé le prélèvement demandé par le juge d'instruction, avait été néanmoins mis hors de cause à son corps défendant, grâce à des prélèvements effectués sur sa brosse à dents, son peigne et son rasoir électrique.

La loi relative à la sécurité quotidienne a tenté de résoudre partiellement cette difficulté, non pas en rendant le consentement de l'intéressé facultatif, mais en incriminant le refus opposé par un condamné. La peine encourue est de 6 mois d'emprisonnement et de 7 500 euros, portée à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende en cas de condamnation pour crime. Le cas du refus opposé par une personne seulement mise en cause n'était donc pas résolu.

C'est chose faite avec la loi de 2002 pour la sécurité intérieure qui applique à cette personne les peines

actuellement encourues par un condamné pour un délit entrant dans le champ du FNAEG.

### **Un encadrement législatif strict**

Les pouvoirs publics sont intervenus à diverses reprises pour encadrer cette expertise :

- ✓ **la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain** : elle a, en complétant le code civil, encadré l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques, en affirmant que celle-ci ne peut être recherchée « *que dans le cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire ou à des fins médicales ou de recherche scientifique* » (nouvel article 16-11) et a instauré une procédure d'agrément des personnes « *habilitées à procéder à des identifications par empreintes génétiques* » (nouvel article 16-12) ;
- ✓ **le renforcement des laboratoires de la police technique et scientifique** : ce renforcement constituait l'une des priorités de la loi du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité et fut l'occasion de doter le Ministère de l'Intérieur de moyens d'expertise analogues à ceux des laboratoires privés ou hospitalo-universitaires.
- ✓ **la loi du 17 juin 1998 a posé les grands principes qui régissent ce fichier** :
  - sa finalité : « *faciliter l'identification et la recherche des auteurs d'infractions sexuelles* » ;
  - son contenu : « *les traces génétiques ainsi que les empreintes génétiques des personnes condamnées pour l'une des infractions visées à l'article 706-47* », c'est-à-dire les infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 (viols et agressions sexuelles, ainsi que l'exhibition sexuelle) et 227-22 à 227-27 (corruption d'un mineur, utilisation de l'image d'un mineur à des fins pornographiques, fait de soumettre un mineur à des messages violents ou pornographiques, atteintes sexuelles sans violence sur un mineur) du code pénal ;
  - la possibilité de rapprocher des données incluses dans le fichier, les « *empreintes génétiques des personnes à l'encontre desquels il existe des indices graves et concordants de nature à motiver leur mise en examen pour*

*l'une des infractions visées* », tout en précisant que ces empreintes génétiques ne peuvent être conservées dans le fichier ;

- le principe de l'existence d'un « *contrôle d'un magistrat* ».

Toutefois, deux traits caractéristiques du FNAEG posaient problème : la limitation de son champ aux seules infractions à caractère sexuel ou à certaines atteintes aux mineurs d'une part, l'exclusion des empreintes génétiques des personnes mises en cause au cours d'une procédure d'autre part.

Ces deux caractéristiques, limitaient de manière considérable l'utilité d'un tel fichier.

Or, la limitation aux seules infractions à caractère sexuel n'obéit à aucune raison logique, à aucune donnée criminologique. En effet, elle ignore le parcours judiciaire de bon nombre de délinquants sexuels, qui se sont souvent rendus coupables d'infractions d'une autre nature dans le passé. Par ailleurs, elle aurait risqué d'entraîner des enquêtes judiciaires à deux vitesses, celles qui bénéficiaient des avantages conjugués des analyses génétiques et de l'existence d'un fichier national permettant des rapprochements automatisés et celles au cours desquels seules des rapprochements manuels fastidieux et moins sûr auraient été possibles.

L'affaire Guy GEORGES illustre les conséquences dramatiques que peut entraîner une telle impossibilité.

### L'extension du champ du fichier

C'est pourquoi, l'article 56 de la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne, a procédé à un premier élargissement du champ d'application du fichier. Trois autres catégories d'infractions sont ainsi venues s'ajouter aux infractions à caractère sexuel énumérées précédemment :

- ✓ les crimes d'atteintes volontaires à la vie de la personne, de torture et actes de barbarie et de violences volontaires prévus par les articles 221-1 à 221-5 (meurtre, assassinat et emprisonnement), 222-1 à 222-8 (torture et actes de barbarie et violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner), 222-10 (violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente accompagnée de circonstances aggravantes) et 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article 222-14 (violences habituelles sur un mineur ou une personne vulnérable ayant entraîné le mort ou une muti-

lation ou une infirmité permanente) du code pénal ;

- ✓ les crimes de vols, d'extorsions et de destructions, dégradations et détériorations dangereuses pour les personnes prévus par les articles 3117 à 311-12 (vol avec violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, vol à main armée, vol en bande organisée, vol avec violences ayant entraîné la mort ou accompagné de tortures et d'actes de barbarie), 312-3 à 312-7 (extorsion dans les mêmes cas) et 322-7 à 322-10 (destructions, dégradations et détériorations ayant entraîné une incapacité totale de travail et dans les mêmes cas que précédemment) du code pénal ;
- ✓ les crimes constituant des actes de terrorisme prévus par les articles 421-1 à 421-4 du code pénal.

Cette première extension du champ du fichier était certes bienvenue mais le législateur restait au milieu du gué en se cantonnant, pour les catégories d'infractions ajoutées, qu'aux seules qualifications criminelles et en laissant toujours hors champ d'autre catégories d'infractions dont l'insertion dans le fichier se révélerait pourtant pertinente (trafic de stupéfiants, proxénétisme par exemple).

La Loi du 18 mars 2003 a encore étendu le fichier d'une manière plus large :

- ✓ d'une part, aux délits relevant des deux premières catégories d'infractions énumérées ci-dessus (atteintes volontaires à la vie de la personne, de torture et actes de barbarie et de violences volontaires, ainsi que les vols, extorsions et destructions, dégradations et détériorations dangereuses pour les personnes) ;
- ✓ d'autre part, aux crimes contre l'humanité visés aux articles 211-1 à 212-3 ; aux crimes et délits de menaces d'atteintes aux personnes visés aux articles 222-17 et 222-18 ; aux crimes et délits de trafic de stupéfiants visés aux articles 222-34 à 222-40 ; aux crimes et délits d'atteintes aux libertés de la personne (enlèvement et séquestration, détournement d'un moyen de transport) visés aux articles 224-1 à 224-8 ; aux crimes et délit de proxénétisme visés aux articles 225-5 à 225-11 ; aux atteintes aux intérêts fondamentaux de la Nation (trahison et espionnage – articles 4111 à 411-11 –, atteintes à la défense nationale – articles 413-1 à 413-12) ;

à la participation à une association de malfaiteurs visée à l'article 450-1.

Puis différentes lois successives ont finalement étendu le champ d'application du FNAEG de la manière la plus large possible :

- ✓ la loi du 9 mars 2004 dite « loi Perben » ;
- ✓ la loi du 12 décembre 2005 sur la récidive des infractions pénales ;
- ✓ la loi sur les violences conjugales du 4 avril 2005.

L'article 706-55 du code de procédure pénale précise aujourd'hui la liste des infractions permettant le prélèvement et la conservation des traces et empreintes génétiques :

- ✓ les atteintes sexuelles sur mineur et les exhibitions sexuelles ;
- ✓ les crimes contre l'humanité et les crimes et délits d'atteintes volontaires à la vie de la personne, de torture et actes de barbarie, de violences volontaires, de menaces d'atteintes aux personnes, de trafic du stupéfiant, d'atteintes aux libertés de la personne, de traite des êtres humains, de proxénétisme, d'exploitation de la mendicité et de mise en péril des mineurs ;
- ✓ les crimes et délits de vols, d'extorsions, d'escroqueries, de destructions de dégradations, de détériorations et de menace d'atteintes aux biens ;
- ✓ les atteintes aux intérêts fondamentaux de la nation, les actes de terrorisme, la fausse monnaie et l'association de malfaiteurs ;
- ✓ la fabrication d'engins explosifs et l'importation illicite de matériel de guerre ;
- ✓ les infractions de recel ou de blanchiment du produit de l'une de ces infractions.

En 2008, dix ans après sa création, le FNAEG compte 717 000 profils génétiques, soit plus de 1 % de la population française. 30 000 dossiers sont ajoutés chaque mois. Il contient 177 728 condamnés, 425 000 mis en cause, 30 000 traces inconnues. La loi ne stipule aucune restriction d'âge concernant la prise d'empreintes génétiques.

Cette inscription est assortie de garanties de nature à lever toutes les réticences sur ce sujet. D'une part, cette inscription ne peut être ordonnée que par un officier de police judiciaire agissant soit d'office, soit à la

demande d'un magistrat. D'autre part, cette inscription est mentionnée au dossier, la personne concernée en étant ainsi informée. Enfin, une procédure d'effacement « lorsque (l'inscription) n'apparaît plus nécessaire, compte tenu de la finalité du fichier » est mise en place : l'effacement est ordonné par le procureur de la République agissant d'office ou sur requête de l'intéressé.

## Un fichier parfaitement sécurisé

**L'ensemble du dispositif réglementaire entoure le fonctionnement du fichier d'un ensemble cohérent de garanties, portant sur les modalités pratiques des analyses, la nature et le contenu des informations introduites dans le fichier, sur la durée de leur conservation, sur les modalités d'alimentation et de consultation du fichier.**

Il convient de rappeler, en outre, que la loi de 1994 relative au respect du corps humain soumet à une procédure d'agrément des personnes et laboratoires habilités à procéder à des identifications par empreintes génétiques.

## Les modalités pratiques des analyses

Indépendamment des questions soulevées par les modalités des prélèvements évoquées précédemment, le déroulement des analyses est minutieusement encadré.

La décision de recourir à une analyse est encadrée. Celle-ci doit être effectuée dans les trois hypothèses suivantes :

- ✓ au cours de l'enquête dans le cadre d'un examen scientifique ordonné par un officier de police judiciaire agissant soit d'initiative au cours d'une enquête de flagrance, soit sur instruction ou autorisation du procureur de la République au cours d'une enquête préliminaire ;
- ✓ au cours de l'information dans le cadre d'une expertise ordonnée par le juge d'instruction ;
- ✓ après condamnation définitive de la personne à la demande du procureur de la République.

L'analyse doit nécessairement être confiée à un expert ou laboratoire agréé par la commission prévue par le décret du 6 février 1997 pris en application des dispositions de l'article 16-12 du code civil, qui sont

seuls habilités à procéder à des analyses d'identification par empreintes génétiques. Pour faciliter l'alimentation ou la consultation du FNAEG, les résultats de ces analyses sont présentés de façon normalisée.

### **La nature, le contenu et la durée de conservation des données**

Le décret du 18 mai 2000 donne une définition plus rigoureuse que ne le fait la loi du 17 juin 1998 des informations contenues dans le FNAEG. Il s'agit des résultats, sous forme numérisée, des analyses d'identification par empreintes génétiques. Conformément aux engagements internationaux de la France – tels qu'ils résultent des recommandations du Conseil de l'Europe ou de l'Union européenne –, l'article R. 53-13 du code de procédure pénale précise que les analyses sont réalisées sur des segments d'ADN non codants, à l'exception du segment correspondant au marqueur du sexe. Dès lors, les analyses ne peuvent être effectuées sur des segments permettant de déterminer certaines caractéristiques physiques ou certaines anomalies génétiques.

En outre, les articles R. 53-11 et R. 53-12 dressent la liste exhaustive des informations complémentaires qui doivent accompagner le résultat de l'analyse. Il s'agit essentiellement des indications qui permettent de retrouver le nom de l'expert ayant procédé à l'analyse, les références du scellé du prélèvement et le nom du condamné et la date de sa condamnation, s'il s'agit de l'empreinte génétique d'un condamné, ou les références de la procédure judiciaire, s'il s'agit d'une trace.

L'exclusion de toute information sur les faits ayant motivé la condamnation permet d'éviter de faire du FNAEG une sorte de casier judiciaire *bis*.

S'agissant de la durée de conservation des données, une durée de 40 ans, identique à celle prévue pour le casier judiciaire, a été retenue (article R. 53-14). Le délai commence à courir à partir de l'expertise d'identification, pour les traces, et à partir du jour où la condamnation sera devenue définitive, pour les empreintes des personnes condamnées. Pour ces dernières, une seconde limite a cependant été posée à leur conservation, au quatre-vingtième anniversaire du condamné.

### **Le fonctionnement du fichier**

L'article R. 53-9 confie à la Direction centrale de la police judiciaire le soin de mettre en œuvre le

FNAEG. Pour des raisons de sécurité compréhensibles, le fichier est localisé dans un site central unique situé au siège de la Sous-direction de la police technique et scientifique à Ecully. L'article R. 53-18 prévoit la compétence exclusive des fonctionnaires de cette Sous-direction et ceux de l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale (affectés au site du fichier et dûment habilités), pour assurer l'alimentation du fichier, avoir accès aux informations qui y sont enregistrées et procéder aux opérations de rapprochement.

En ce qui concerne l'alimentation du fichier, la demande d'enregistrement d'une empreinte de trace peut se faire par les officiers de police judiciaire, agissant de leur initiative ou sur réquisition du procureur de la République ou du juge d'instruction, ou sur commission rogatoire. En revanche, seul le procureur de la République peut adresser les empreintes génétiques des personnes définitivement condamnées.

La consultation du fichier concernant l'empreinte génétique d'un suspect n'est possible qu'à la demande du procureur de la République ou du juge d'instruction. Cependant, la circulaire d'octobre 2000 précise qu'il n'est toutefois pas nécessaire que les responsables du FNAEG soient saisis d'une demande écrite émanant directement du magistrat mandant et que rien n'interdit en pratique que cette demande soit adressée par un officier de police judiciaire, à la condition que celui-ci agisse au nom du magistrat responsable de la procédure. La demande écrite du magistrat sera jointe ultérieurement au dossier, comme cela se fait en matière de prolongation de garde à vue. Cette procédure permet ainsi d'obtenir en urgence le résultat du rapprochement, par exemple pendant la durée de la garde à vue, si le résultat de l'analyse a été obtenu dans ce délai.

En tout état de cause, l'article R. 53-18 impose la mise en place d'un « *dispositif permettant de retracer, par suivi informatique, la consultation du fichier* ». Ce dispositif permet ainsi de suivre toutes les consultations faites sur le fichier (date, auteur de la consultation, objet de celui-ci...) et de s'assurer qu'elles ont été effectuées dans le respect de la réglementation.

Enfin, l'article R. 53-16 prévoit une instance particulière de contrôle – dont le pouvoir de contrôle se superpose à celui de la CNIL – puisque le fichier est placé sous le contrôle d'un magistrat du parquet hors hiérarchie, nommé pour 3 ans par arrêté du Ministre de la Justice. Ce magistrat est assisté par un comité de trois membres (dont un informaticien et un généticien) nommés dans les mêmes conditions. Le magistrat et,

à sa demande, les membres du comité disposent d'un accès permanent au fichier et au site d'Ecully. Ils peuvent donc effectuer régulièrement des visites, programmées ou inopinées, sur site. L'autorité gestionnaire du fichier doit lui adresser un rapport annuel d'activité, ainsi que, sur sa demande, toutes informations relatives au fichier. Le magistrat pourra ordonner toutes mesures nécessaires à l'exercice de son contrôle, telles que saisies ou copies d'informations, ainsi que l'effacement d'enregistrements illicites.

### L'encadrement de la conservation des scellés

L'article R. 53-20 prévoit la création d'un service central chargé de conserver les prélèvements biologiques. Un tel service n'était pas prévu par la loi, mais on observe qu'un service de cette nature existe même dans les pays qui n'ont pas mis en œuvre un fichier des empreintes génétiques.

Ce service central de préservation des prélèvements biologiques est géré par l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie Nationale à Rosny-sous-

Bois. Il est soumis au même contrôle que le FNAEG. Le magistrat effectue les mêmes visites sur site. Il se fait communiquer les fiches d'accompagnement des scellés et, plus généralement, tout document justifiant la conservation d'échantillons. Il reçoit les réclamations des particuliers et procède à toutes vérifications utiles. Le directeur de l'Institut doit lui adresser chaque année un rapport complet d'activité.

En outre, les prélèvements obéissent obligatoirement au régime des scellés judiciaires. Ils ne peuvent à ce titre être conservés qu'à la suite d'une décision

expresse de la juridiction, qui peut à tout moment en demander la restitution, soit lorsqu'une nouvelle analyse s'avère nécessaire, soit pour les transmettre au procureur de la République d'une autre juridiction lorsqu'un rapprochement s'est avéré positif au FNAEG avec une trace recueillie dans le cadre d'une autre enquête pénale. Ce service est donc ainsi conçu comme un simple dépositaire, qui n'est pas habilité à effectuer sur les objets placés en dépôt des opérations autres que celles nécessaires au stockage. Les prélèvements sont conditionnés sous la forme de scellés, et ne peuvent en aucune façon faire l'objet d'une exploitation, sous quelque forme que ce soit, sans une décision préalable du magistrat en charge du scellé.

### CONCLUSION

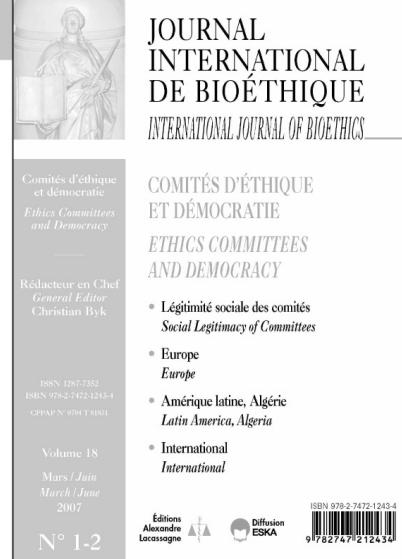
---

Les tueurs en série, Guy GEORGES, Patrice ALEGRE ou Michel FOURNIRET ont tous commencé par commettre de petites infractions contre les biens et les personnes avant d'accéder au statut de « serial killer ». Si le FNAEG avait existé, il y a fort à parier qu'ils auraient été identifiés dès leur premier crime.

Les médecins légistes, les enquêteurs, les juges possèdent désormais un mode de preuve redoutable pour les auteurs d'infractions, notamment les multirécidivistes.

La preuve par l'ADN, dans le procès pénal concourt à la protection légitime de nos concitoyens dans le respect tout aussi légitime de la dignité de l'individu et des droits de la défense.

Je vous remercie. ■



# Journal international de bioéthique

*International Journal  
of Bioethics*

## SOMMAIRES / CONTENTS

2008, VOL. 19, N° 1-2, 208 p., 60,98 €, ISBN 978.2.7472.1432.2

### La bioéthique au Brésil *Bioethics in Brazil*

2008, VOL. 19, N° 3, 136 p., 38,11 €, ISBN 978.2.7472.1455.1

### Bioéthique et recherches (2<sup>e</sup> partie) *Bioethics and Research (Part II)*

2008, VOL. 19, N° 4, 168 p., 38,11 €, ISBN 978.2.7472.1542.8

### La bioéthique en Chine *Bioethics in China*

Ces numéros sont disponibles aux Éditions ESKA :

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS – Tél. : 01 42 86 55 73 – Fax : 01 42 60 45 35

Les sites à consulter :

EDITIONS ESKA : <http://www.eska.fr>

ASSOCIATION INTERNATIONALE DROIT ÉTHIQUE ET SCIENCE : [www.iales.org](http://www.iales.org)



# les Evénements de l'Année en Médecine 2010

**Forum interactif spécialistes-généralistes.**

**Plus de 200 orateurs font le point sur les études et innovations utiles aux cliniciens.**

## 8 & 9 Janvier 2010

Palais des Congrès - Porte Maillot - 75017 PARIS (Aile Neuilly - Niveau 3)

### Gynéco-Obs 2 0 1 0 actualité

18es Journées

8 • 9 Janvier

### Microbiologie 2 0 1 0 clinique

6es Journées

8 Janvier

### Economie 2 0 1 0 Médicale

4es Journées

8 Janvier

### Diabétologie 2 0 1 0

7es Journées

8 Janvier

PRÉSIDENT DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : Pr. PATRICK VEXIAU

8 • 9 Janvier

8 • 9 Janvier

### Angéiologie 2 0 1 0

62es Journées Internationales Francophones

PRÉSIDENTS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : Pr. MARZIA LUGLI - Dr. FRÉDÉRIC VIN  
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE : Dr. MICHELE CAZABON

9 Janvier

### Médecine 2 0 1 0 Sexuelle

4es Journées

PRÉSIDENT DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : Pr. JACQUES BUVAT

9 Janvier

### EPP et Formation Médicale 2 0 1 0 Continue

5es Journées

PRÉSIDENTS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : DR. CHRISTOPHE SEGUIN -  
Pr. DOMINIQUE BERTRAND

9 Janvier

### Responsabilité 2 0 1 0 Médicale et Aspects Médico-Légaux

5 es Journées

PRÉSIDENT DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : Pr. MICHEL PENNEAU - Pr. DANIEL MALICIER

9 Janvier

### Cancers au féminin 2 0 1 0

1<sup>re</sup> Journée

PRÉSIDENT DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : DR. MARC ESPIE

9 Janvier

### Bioéthique 2 0 1 0

2es Journées

PRÉSIDENT DU COMITÉ SCIENTIFIQUE : Pr. CHRISTIAN BYK - Pr. PIERRE MARES

9 Janvier

### Ophthalmologie 2 0 1 0

6es Journées

COMITÉ SCIENTIFIQUE :  
PRÉSIDENT : Pr. GISELÉ SOUBRANE  
MODÉRATEUR : Dr. XAVIER ZANLONGHI  
FONDATEUR : Pr. JOSEPH COLIN

Avec le soutien de plus de 50 associations et sociétés médicales  
**INSCRIPTION UNIQUE AUX 11 MANIFESTATIONS**

CFEE - 12 rue du Quatre Septembre 75002 - Paris - Tél: 01 42 86 55 78 - Fax: 01 42 60 45 35  
Programmes détaillés et renseignements - email: [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) <http://www.eska.fr>



*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<sup>er</sup> 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.

© 2009 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1628-9

*Printed in France*

