

SOMMAIRE — CONTENTS

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

2009 – VOL. 52 – N° 1-2 – JANVIER-MARS / *JANUARY-MARCH*

Articles originaux / *Original Articles*

- Le Centre d'Observation des Mineurs d'Abidjan. Présentation – Fonctionnement – Profil épidémiologique et sanitaire des mineurs, H. Yapo Ette, M. Djodjo, K. Botti, A. Diakite, M. Kouyate, M.-E. Ebouat 3
The Observation Center for Minors in Abidjan: a Presentation and an Epidemiologic and Health Profile of Minors
- La responsabilité pénale du médecin : étude comparative des législations marocaine, française et belge, A. Belhouss, F. Ait Boughima, H. Wadifi, H. Benyaich, F. Beauthier, J.-P. Beauthier 13
The Penal Responsibility of the Doctor: A Comparative Study of Moroccan, French and Belgian Legislation
- Le jeu de foulard mortel chez l'enfant : à propos d'un cas, A. Ayadi, Z. Hammami, W. Ben Amar, S. Bardaa, Z. Khemakhem, H. Fourati, S. Maatoug 26
The Deadly Fainting Game Among Children: A Case Study
- Les décès extra hospitaliers chez les mineurs de moins de 15 ans à Abidjan. Aspects épidémiologiques et questions médico-légales, H. Yapo Ette, K. Botti, M.-E. Ebouat, M. Djodjo 31
Extra Hospital Deaths among under 15 Year-Old Minors in Abidjan. Aspects Epidemiological Features and Forensic Questions

Cas clinique / *Clinical Case*

- Une grossesse révélant un phéochromocytome bilatéral. À propos d'un cas, F. Ait Boughima, A. Belhouss, R. Abou El Maaz, H. Benyaich, S. Zamiaty, A. Ouakkadi 41
A Pregnancy Revealing a Bilateral Pheochromocytoma: A Case Study

Mise au point / *Clarification*

De la responsabilité pénale à l'immunité pénale des professionnels de la santé, F. Boukhobza.....	46
<i>From Penal Responsibility to Penal Immunity of Healthcare Practitioners</i>	

Revue de la littérature / *Literature Review*

Pédophilie et anomalies neurobiologiques. État des connaissances en 2009. Revue de la littérature, A. Baratta, L. Weiner, C. Di Santi, O. Halleguen.....	59
<i>Pedophilia and Neurobiologic Abnormalities. The State of Knowledge in 2009: A Literature Review</i>	

Bulletin d'abonnement 2009 / *Subscription form 2009*, 40

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

Le Centre d'Observation des Mineurs d'Abidjan

Présentation – Fonctionnement – Profil épidémiologique et sanitaire des mineurs

**H. YAPO ETTE¹, M. DJODJO¹, K. BOTTI¹, A. DIAKITE²,
M. KOUYATE³, M.-E. EBOUAT¹**

RÉSUMÉ

Le Centre d'Observation des Mineurs (COM) situé à Abidjan (Côte d'Ivoire) a été créé depuis le 03 Mai 1980. Il a pour mission principale de lutter contre la délinquance juvénile en favorisant la réinsertion socioprofessionnelle et familiale de ces mineurs. Il reçoit des mineurs âgés de 12 à 17 ans révolus sans distinction de sexe, placés sous Ordonnance de Garde Provisoire (OGP) par le Juge des enfants.

Une étude transversale réalisée au sein de cette structure a noté que celle-ci dispose d'une trentaine de personnel qualifié et de quatre ateliers pour l'encadrement des pensionnaires. L'étude a intéressé 31 mineurs présents dans le centre au moment de l'enquête. Il s'agissait de 23 garçons et de 8 filles (sex-ratio de 2,87) dont l'âge variait de 14 à 17 ans (âge moyen de 16,39 ans). La majorité de ces mineurs a interrompu précocement le cursus scolaire (n=20 soit 64,5 %) tandis que 32,3 % n'ont jamais été scolarisés. Au jour de la visite, le nombre de jours passés dans l'établissement variait de 3 jours à 390 jours et près de 71 % de ces mineurs (n=22) n'avaient pas reçu de visite d'un membre de sa famille. Parmi les infractions source de mise sous OGP, le vol en réunion représentait 61,2 % (n=19) et 90,3 % des pensionnaires étaient des délinquants primaires.

Sur le plan médical, l'enquête a mis en évidence une carence dans la prise en charge de la santé de ces mineurs.

Cet état des lieux du COM était indispensable pour émettre des propositions concrètes pour conciliation acceptable entre les mesures de garde, d'éducation et de prise en charge sanitaire de ces mineurs délinquants dans un environnement plus protecteur que répressif.

Mots-clés : Mineurs, Délinquance, Prévention.

1. Unité de Médecine Légale d'Abidjan, Département de Médecine du Travail, Médecine Légale et Toxicologie, UFR des Sciences Médicales, Université d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire, 22 B.P. 1066 Abidjan 22, E-mail : hyapoette@yahoo.fr

2. Laboratoire de Toxicologie et Hygiène Agro-Industrielle, Département Santé Publique, Hydrologie et Toxicologie, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire.

3. Laboratoire d'Anatomie Pathologique, CHU de Treichville, 01 B.P. 13 Abidjan 01, Côte d'Ivoire.

SUMMARY

The Observation Center for Minors in Abidjan: a Presentation and an Epidemiologic and Health Profile of Minors

The Observation Center for Minors (COM) located in Abidjan (Côte d'Ivoire) was created on 3 May 1980. It's main mission is to fight against juvenile delinquency while favoring socio-professional and family rehabilitation of these minors. It receives 12 to 17 year-old minors without sex distinction, placed under Provisional Order (OGP) by the juvenile judge.

A transverse study conducted within this structure noted that this center has about twenty qualified personnel and four workshops for the supervision of the boarders. The study considered 31 minors residing at the center during the investigation. There were 23 boys and 8 girls (sex-ratio of 2.87) of which the age varied from 14 to 17 (average age of 16.39). The schooling of the majority of these minors had been precociously interrupted (n=20 be 64.5%) while 32.3% had never been sent to school. On the day of the visit, the number of days spent at the establishment varied from 3 to 390 days and close to 71% of these minors (n=22) had not received a visit from a family member. Among the offences leading to their placement under the OGP, group theft represented 61.2% (n=19) and 90.3% of the boarders were the primary delinquent.

On the medical front, the investigation noted an obvious negligence in the healthcare supervision of these minors.

This report of the state of the COM was essential in order to propose concrete suggestions for acceptable conciliation between the general supervision, as well as the supervision of education and of healthcare of these delinquent minors in a more protective than repressive environment.

Key-words: Minors, Criminality, Prevention.

INTRODUCTION

D'un point de vue juridique, la société est composée de personnes mineures et de personnes majeures. La notion de « mineur » s'applique à toute personne « dite irresponsable », donc soumise de par la loi, à l'autorité parentale, protégée, assistée ou représentée selon les cas. En Côte d'Ivoire, c'est le cas des moins de 18 ans car la majorité pénale et politique est fixée à 18 ans et la majorité civile à 21 ans. Une émancipation étant reconnue pour l'âge de 16 ans.

A partir de XX^e siècle, l'enfant mineur étant reconnu non pas comme un état mais comme un devenir, la sanction pour tout mineur délinquant se veut plus éducative que répressive en vue d'une réinsertion sociale stable. Dans le souci de dissocier le traitement de la délinquance

juvénile de la justice des adultes, des quartiers pour mineurs sont introduits dans des établissements pénitentiaires tout en admettant que l'assistance éducative est difficile à mettre en place dans les prisons. C'est la raison pour laquelle dans les années 1980, les Etats européens ont privilégié des structures plus ouvertes telles que des Centres de Placement Immédiat ou des Centres d'Education Renforcée dont certains sont encore maintenus dans l'enceinte des prisons. Ce schéma est celui du Centre d'Observation des Mineurs (COM) situé au sein de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA). La MACA et le COM sont sous la tutelle du Ministère de la Justice, le COM dépendant de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de l'Enfance (DPJE) tandis que la MACA de la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Le COM accueille des mineurs âgés de 12 à 17 ans sous Ordon-

nance de Garde Provisoire prise par les Juges des enfants des Tribunaux d'Abidjan.

I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

• Objectif général

Contribuer à une meilleure prise en charge des mineurs en conflit avec la loi en Côte d'Ivoire par l'intégration d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les établissements d'accueil de ces enfants vulnérables.

• Objectifs spécifiques

- ✓ faire un état des lieux de l'établissement correctionnel dans lequel évoluent ces jeunes délinquants ;
- ✓ établir un bilan de l'état de santé de la population étudiée ;
- ✓ proposer des recommandations pour le bien être physique et mental de ces mineurs en vue d'une resocialisation correcte et durable.

II. MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale de type descriptif.

Elle s'est déroulée au Centre d'Observation des Mineurs (COM) situé au sein de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA) à Yopougon, quartier périphérique et populaire de la capitale de la Côte d'Ivoire.

L'étude a porté sur des Mineurs sans distinction de sexe, gardés au COM à la suite d'une Ordonnance de Garde Provisoire prises par les Juges des enfants des Tribunaux d'Abidjan.

Elle a consisté d'abord à nous entretenir avec les encadreurs du COM sur l'organisation du centre puis à visiter les locaux et enfin à réaliser un examen médical incluant un interrogatoire et un examen physique de tous les mineurs présents au COM au moment de la visite. A l'interrogatoire, nous avons insisté sur les antécédents pathologiques et socio-démographiques et l'examen physique complet a notamment pris en compte la taille, le poids, la température, l'examen bucco-dentaire et l'examen cutanéomuqueux.

Toutes les informations ont été recueillies sur des fiches d'enquête dont l'exploitation statistique a été réalisée à partir du logiciel SPSS version 13.

III. RÉSULTATS

III.1. Présentation du COM

• Situation géographique et type de population

Le COM qui a ouvert ses portes le 03 mai 1980, est situé au sein de la MACA et a une capacité d'accueil de 120 personnes. Ce centre ne reçoit que des mineurs de sexe masculin placés sous Ordonnance de Garde Provisoire (OGP) par le Juge des enfants, les filles dans cette situation étant accueillies dans une cellule spéciale au sein du bâtiment réservé aux femmes de la MACA.

• Mission

Le COM a pour mission d'établir le diagnostic de personnalité du mineur en conflit avec la loi afin de conseiller le juge des enfants sur les mesures à appliquer au mineur dans le but de faciliter sa réinsertion sociale, familiale et professionnelle. Ainsi, un rapport décrivant le comportement de l'enfant est adressé au Juge des enfants au terme des trois premiers mois de sa présence permanente au COM.

• Objectifs

Outre sa mission, le COM a plusieurs objectifs, à savoir :

- ✓ apporter un appui psycho affectif aux jeunes ;
- ✓ faire acquérir une formation professionnelle ;
- ✓ rétablir les liens avec la famille.

• Moyens

Les moyens dont dispose le centre pour atteindre ces objectifs sont principalement de deux types : la psychothérapie et l'ergothérapie.

La psychothérapie consiste en une écoute active, un entretien non directif permettant de percevoir le vécu du mineur face à sa situation familiale et sociale voire professionnelle et d'établir un lien entre son milieu d'origine et le délit qu'il a commis.

Quant à l'ergothérapie elle revient à apprendre un métier (le plus souvent manuel) de manière à ce que le mineur puisse se prendre en charge dans l'avenir.

- **Personnel d'encadrement**

Un personnel pluridisciplinaire est chargé de l'encadrement des mineurs au sein du centre. Il est composé de 20 personnes ainsi réparties :

- ✓ 03 Maîtres conseillers d'éducatrices surveillées ;
- ✓ 08 Maîtres d'éducatrices surveillées ;
- ✓ 02 Educateurs spécialisés ;
- ✓ 02 Assistants sociaux ;
- ✓ 01 Institutrice ;
- ✓ 14 Surveillants de l'administration pénitentiaire.

- **Locaux**

Le COM dispose d'un bâtiment constitué de trois niveaux : un rez-de-chaussée et 2 étages.

Le rez-de-chaussée regroupe la salle de classe, la salle d'écoute, le bureau des éducateurs et deux ateliers (couture et menuiserie).

Le premier étage comprend l'atelier de dessin, et cinq cellules d'enfermement à l'extrémité desquelles se trouvent les sanitaires composés d'une douche et de 6 latrines cloisonnées par des murs (photo 1).

Le deuxième étage comprend la bibliothèque et également cinq cellules d'enfermement munies du même nombre de sanitaires disposés de la même façon qu'au premier étage.

Chaque cellule mesure environ 58 m², dispose de 12 lieux de couchage en béton et est aérée par trois grandes fenêtres dont chacune mesure 1 mètre de haut sur 1m50 de large et est munie de barreaux en fer (photo 2).

Au moment de la visite du centre, seules les cellules du premier étage étaient occupées en raison du faible nombre des pensionnaires présents (23 garçons).

Les filles quant à elles (au nombre de 8), occupaient une cellule située au 1^{er} étage du bâtiment réservé aux femmes emprisonnées à la MACA.

III.2. Fonctionnement

Le COM est organisé en 9 sections appelées cellules qui assurent la prise en charge socio-éducative des mineurs. Il s'agit de :

- ✓ la cellule **Accueil et Sécurité** : elle est composée des 14 Surveillants de l'administration pénitentiaire qui sont chargés d'accueillir les mineurs placés sous OGP, de les conduire au COM puis de les loger dans la cellule de passage. Ces surveillants sont également chargés d'assurer la sécurité de tous les mineurs du centre de même que les personnes qui y travaillent et les visiteurs ;

Quant aux jeunes filles mises sous OGP, après l'accueil, elles sont directement conduites dans



Photo 1 : Vue des sanitaires (latrines et douche) adjacentes aux cellules d'enfermement.



Photo 2 : Vue d'une cellule d'enfermement avec lieux de couchage en béton.

la cellule qui leur est réservée à la prison des femmes au sein de la MACA ;

- ✓ la cellule **Ecrrou** : elle est gérée par un surveillant de l'administration pénitentiaire. Celui-ci enregistre les mineurs entrants dans le registre d'écrou et organise la première écoute de ces derniers afin de recueillir les premières informations ;
- ✓ la cellule **Orientation et rapports d'observation** : elle est prise en charge par des maîtres d'éducation surveillée qui ouvrent un dossier au mineur entrant, procèdent à une écoute plus approfondie de ce dernier, lui présentent le centre, le placent dans une cellule, l'orientent vers un atelier de formation puis le confient à un référent. Ils sont également chargés de rédiger les rapports d'observation ;
- ✓ la cellule **Hygiène et santé** : elle est animée par un assistant social qui veille à la propreté environnementale et corporelle des mineurs ;
- ✓ la cellule **Initiation professionnelle** : elle est animée par un maître d'éducation surveillée en collaboration avec les chefs des différents ateliers. Ils sont chargés de superviser toutes les activités socioprofessionnelles du COM ;
- ✓ la cellule **Alphabétisation** : elle est animée par l'institutrice, qui apprend à lire, à écrire et à calculer aux pensionnaires du COM ;
- ✓ la cellule **Activités socio-éducatives et sportives des garçons** : elle est prise en charge par un édu-

cateur spécialisé qui organise des jeux de société et des discussions sur des thèmes visant à sensibiliser ces jeunes ;

- ✓ la cellule **Activités socio-éducatives et sportives des filles** : elle est également animée par un éducateur spécialisé et fonctionne comme celle des garçons. En outre, elle s'occupe des bébés vivant avec leurs mères mises sous OGP ;
- ✓ la cellule **Accueil des parents** : elle est gérée par un assistant social qui reçoit les membres de la famille des mineurs et s'entretient avec ces derniers le jour de visite notamment les informe des activités menées dans le centre par leurs progénitures. Cette cellule est aussi chargée d'orienter les familles vers les cabinets des juges responsables des placements sous OGP.

III.3. Profil épidémiologique

• Sexe et âge

Lors de notre passage au COM, 31 mineurs dont 61,3 % (n = 19) de nationalité ivoirienne, étaient sous OGP. Il y avait 23 garçons et 8 filles soit un sex-ratio environ égal à 3 et la moyenne d'âge était de 16,39 (âges extrêmes étant de 14 et 17 ans).

• Provenance et situation familiale

74 % de ces mineurs provenaient des quartiers populaires de la ville d'Abidjan : Abobo (n = 9), Yopougon (n = 8) et Port-Bouët (n = 6).

Avant le placement sous OGP, 29 % (n = 9) résidaient avec leurs parents géniteurs tandis que 55 % (n = 17) vivaient chez des membres de leurs familles autres que les parents géniteurs. Quant aux autres, ils vivaient chez des amis (13 % n = 4) et 1 seul mineur (3 %) vivait dans la rue.

Ces mineurs étaient issus d'une fratrie de 5 enfants en moyenne (extrêmes : 1 et 20 enfants).

42 % (n = 13) d'entre eux avaient leurs parents qui demeuraient mariés contre 16,1 % (n = 5) dont les parents étaient séparés. Les autres enfants étaient orphelins soit des deux parents (n = 5 soit 16,1 %) soit d'un seul parent (n = 7 soit 22,6 %). 1 seul mineur (3 %) notamment celui qui vivait dans la rue, n'avait aucune information sur ses parents.

- **Niveau scolaire**

Tous les pensionnaires en dehors d'un seul qui était encore en activité scolaire (en classe de quatrième) lorsqu'il a été conduit au COM, ne fréquentaient pas un établissement scolaire avant d'être placés sous OGP. 32 % d'entre eux (n = 10) n'avaient jamais été scolarisés contre 64,5 % (n = 20) qui avaient arrêté précocement leurs cursus scolaires. Parmi ces derniers, 80 % (n = 16) l'avaient interrompu au cycle primaire et 20 % (n = 4) avaient atteint le 1^{er} degré du cycle secondaire de l'enseignement général (2 en sixième, 1 en cinquième et 1 autre en quatrième).

- **Occupation**

Sur les 30 enfants non scolarisés, près de la moitié (47 %) apprenait un métier de façon informelle tandis que 30 % (n = 9) étaient oisifs. La plupart des filles (n = 7) exerçait la profession de servante chez des particuliers.

- **Durée de séjour au COM et visite des familles**

Lors de notre visite au COM, les mineurs avaient passé en moyenne 124 jours soit environ 4 mois dans ce centre (périodes extrêmes allant de 3 à 390 jours).

Le COM autorise 3 jours de visite pour les familles dans la semaine. 71 % (n = 22) des mineurs n'avaient pas reçu de visite d'un membre de la famille contre 13 % (n = 4) qui en recevaient régulièrement (2 à 3 fois par semaine) et 16 % (n = 5) rarement (2 à 3 fois par mois).

- **Choix des ateliers d'apprentissage professionnel**

Le COM dispose au total de 4 ateliers d'apprentissage professionnel : couture, menuiserie, dessin-art plastique et jardinage. Près de la moitié des pensionnaires (45 % n = 14) du COM avaient choisi comme atelier la couture dont la totalité des filles. Les autres avaient opté pour le jardinage (22,6 % n = 7) qui se déroule en plein air, la menuiserie (19,3 % n = 6) et enfin le dessin et art plastique (9,7 % n = 3). Le mineur qui était en activité scolaire au moment du placement sous OGP, ne s'était inscrit dans aucun atelier en invoquant le fait qu'il désirait poursuivre ses études après sa sortie du centre.

III.4. Statut judiciaire

90 % (n = 28) des mineurs gardés au COM étaient des délinquants primaires et les 10 % restants (n = 3), des récidivistes dont 2 étaient à leur deuxième séjour au centre et 1 à son quatrième séjour.

Le tableau I indique la répartition des mineurs selon les motifs de mise sous OGP au COM.

Tableau I : Répartition des mineurs selon les infractions.

Motifs	Effectifs	
	Garçons	Filles
Vol en réunion	19(82,60 %)	0
Vol simple	0	5(62,5 %)
Violences contre les personnes	1 (4,34 %)	1(12,5 %)
Vente de stupéfiants	1(4,34 %)	0
Viol	1(4,34 %)	0
Complicité de viol	0	1(12,5 %)
Vol d'enfant	0	1(12,5 %)
Abus de confiance	1(4,34 %)	0
Total	23	8

Tableau II : Répartition des mineurs selon la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis.

Consommation	Effectifs et %	
	Garçons	Filles
Alcool	9(32,3 %)	1(12,5 %)
Tabac	2(6,5 %)	0
Cannabis	1(3,2 %)	0
Associations		
Alcool/tabac	3(9,7 %)	0
Tabac/cannabis	1(3,2 %)	0
Alcool/tabac/cannabis	1(3,2 %)	0
Pas de consommation	6(26,1 %)	7(87,5 %)
Total	23	8

L'objet du placement sous ordonnance de garde provisoire était de loin les vols en réunion chez les garçons tandis que les infractions commises par les filles étaient dominées par les vols simples. Le retour au COM des récidivistes était également justifié par des vols en réunion.

III.5. Etat de santé

Pour nourrir ses pensionnaires, le COM a recours à la cuisine préparée par la MACA. Il en est de même pour prodiguer des soins médicaux à ses pensionnaires. Le COM a recours à l'infirmerie de la MACA où sont affectés 2 médecins généralistes et 4 infirmiers et 1 sage-femme. Ce personnel médical qui assure bénévolement les soins de santé au COM, est affecté par le Ministère de la Santé Publique sur demande du Ministère de la Justice. L'infirmerie de la MACA dépend du District sanitaire de Yopougon et l'approvisionnement en médicaments est assuré par la Pharmacie de la Santé Publique (PSP).

- **Interrogatoire**

Antécédents pathologiques

Au cours de notre enquête, l'interrogatoire des mineurs gardés au COM n'a pas enregistré d'antécédents pathologiques ni de traitement médicamenteux en cours chez ces derniers.

Ethylisme, tabagisme, stupéfiants

La consommation de ces trois produits isolés ou associés concernait essentiellement les garçons. Ceux qui avouaient avoir consommé de l'alcool, précisait qu'il s'agissait surtout de la bière à l'occasion de célébration de fêtes. En ce qui concerne le tabac, les gar-

çons reconnaissaient en avoir consommé sous forme de 5 cigarettes en moyenne par jour (extrêmes : 1 à 20 cigarettes par jour). L'interrogatoire notait également que la consommation de stupéfiant, était rare et ne concernait que le cannabis. Enfin, très peu d'entre eux déclaraient avoir fait des associations dans l'absorption de ces trois produits.

Ces données ont été relevées dans le tableau II.

- **Examen médical**

Etat vaccinal

Au moment de la consultation au centre, aucun des mineurs interrogés ne disposait de carnet de vaccination permettant de connaître leur état vaccinal.

Etat général

Tous les mineurs examinés avaient un bon état général notamment nous n'avons pas identifié d'anomalies du développement staturo-pondéral.

Etat bucco-dentaire

La plupart d'entre eux (74 % (n = 23) n'avaient pas de caries dentaires et présentaient une hygiène bucco-dentaire acceptable.

Pathologies et symptômes

Les affections diagnostiquées au cours de l'examen clinique effectué lors de la visite du centre étaient dominées par les dermatoses notamment la gale ou scabiose dans 19 % des cas (n = 6) et le pityriasis versicolore dans 9,6 % des cas (n = 3).

Les autres pathologies ou symptômes relevées à l'examen clinique étaient rares et variées.

Le tableau III indique le profil sanitaire des mineurs après l'examen clinique.

Tableau III : Profil sanitaire des mineurs du COM.

Profil sanitaire	Effectifs	Pourcentage %
1- Etat bucco-dentaire		
- bon état bucco-dentaire	23	74,2
- caries dentaires	8	25,8
Total	31	100
2- Pathologies et symptômes		
- gale (scabiose)	6	19,4
- pityriasis versicolore	3	9,7
- pneumopathie aiguë	1	3,2
- hyperthermie	1	3,2
- diarrhée glairo-sanglante	1	3,2
- furoncle	1	3,2
- aucune	18	58,1
Total	31	100

IV. DISCUSSION

Nous avons mené une étude transversale qui a l'inconvénient de n'apporter qu'une analyse ponctuelle des résultats. Cependant, les données recueillies étaient nécessaires pour faire l'état des lieux du COM depuis son ouverture en mai 1980 soit 28 ans après. Le COM est toujours resté dans l'enceinte de la MACA. Comme dans le passé, les filles mineures sont logées pour la nuit, avec femmes adultes dans la prison des femmes adultes même lorsqu'elles sont enceintes ou accompagnées de leurs bébés. Ces constats sont les mêmes que celles du Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement (M.E.S.A.D.) lors de leur intervention au COM en 2006. Cette promiscuité (notamment pour les filles) qui favorise les contacts entre les adultes détenus et les mineurs est de nature à compromettre l'objectif d'éducation et de réinsertion sociale stable assigné au centre. Pour réduire ce risque, plusieurs pays européens dans les années 2000 (Suède, Espagne, Portugal, Italie et France) ont opté pour la création de centres fermés afin de remplacer les quartiers pénitentiaires pour mineurs délinquants qui se trouvent dans les prisons pour adultes et d'offrir à ces jeunes des conditions appropriées de privation de liberté, une scolarité et une formation professionnelle avec des

équipes pluridisciplinaires dotées une forte capacité d'encadrement [6]. Le COM de Yopougon est loin de ce modèle d'internement tant du point de vue des conditions sanitaires que de l'encadrement des mineurs qui y sont gardés. La vétusté des locaux reste problématique et est à l'image de l'ensemble du milieu carcéral à Abidjan.

Compte tenu de la mission du COM, de ses objectifs et des moyens qu'il met en œuvre, force est de constater que le personnel d'encadrement reste insuffisant en nombre (20 personnes) au regard, d'une part de la capacité d'accueil du centre (120 places) et d'autre part, des activités qui y sont menées. Même si l'effectif actuel des pensionnaires (31 mineurs) peut paraître aisé à gérer par le personnel existant et que le COM s'efforce d'assurer une formation professionnelle aux jeunes, la formation des éducateurs spécialisés du centre est insuffisante. La description que nous avons obtenue des activités menées au sein du centre ne paraît pas suffisamment élaborée pour établir un diagnostic de personnalité des mineurs.

La population étudiée présentait les caractéristiques épidémiologiques d'une population majoritairement masculine d'adolescents dont la moyenne d'âge était de 16 ans. Ces constatations se superposent à celles de la délinquance juvénile observée au Royaume Uni [4]

et aux Etats-Unis où une augmentation de la proportion des filles a été soulignée au milieu des années 1990 [1].

Les jeunes délinquants étaient pour la plupart issus de quartiers populaires de la capitale et vivaient au sein de familles élargies et nombreuses. Ils provenaient d'une fratrie de 5 enfants en moyenne. Ce profil reflète celui de la population ivoirienne [5].

Les mineurs du COM étaient dans l'ensemble d'un niveau d'instruction faible, limité au cycle primaire dans la grande majorité des cas, ce qui explique leur tendance, avant d'être au COM, à occuper les petits métiers du secteur informel (47 %) ou à être oisifs (30 %).

Durant la période de 4 mois en moyenne passée au centre, 71 % de ces adolescents n'avaient pas reçu la visite de leur famille, ce qui pourrait traduire une certaine rupture avec le milieu familial. Pour ces jeunes, la famille n'a peut être pas rempli sa mission de lieu de socialisation primaire et de facteur d'intégration sociale [2].

Cette étude permet de retenir qu'au plan judiciaire, les mineurs du COM d'Abidjan sont des délinquants primaires pour la plupart (90 %), les principaux délits étant jugés peu graves. Il s'agissait principalement de vol en réunion notamment chez les garçons tandis que les vols simples concernaient essentiellement les filles. Le taux de récidives était très bas contrairement à l'Angleterre et au Pays de Galles [4] de même qu'aux Etats-Unis [1].

Le profil sanitaire de ces enfants gardés au COM a été dressé à l'aide d'un interrogatoire et d'un examen physique. Aucun dossier médical n'a été consulté parce que le COM ne dispose pas d'un service médical autonome et parce que les médecins de l'infirmerie de la MACA consultés en cas de besoin, ne jugent pas utile d'en constituer. Ce constat est aussi celui de l'Académie Américaine des Pédiatres qui déplore l'inaccessibilité des jeunes délinquants aux services de soins de santé traditionnels réservés à la communauté [1].

Aucun antécédent pathologique n'a été signalé par ces adolescents gardés au COM.

Près de 74 % des garçons déclaraient avoir consommé de l'alcool de manière occasionnelle tandis que 12,5 % seulement des filles étaient dans ce cas. S'agissant de drogues (tabac, cannabis), 34,7 % des garçons reconnaissaient en avoir consommé alors qu'il n'était fait état d'aucune consommation du côté des filles.

L'état vaccinal est un indicateur de bonne santé du point de vue de la prévention de certaines maladies graves voire contagieuses. Or nous n'avons pu juger de la mise à jour des vaccins des enfants en raison de l'absence du carnet de vaccination. Cet état de fait n'est pas tant révélateur de défaillances dans le suivi de la santé des enfants par les parents que de faiblesses structurelles en matière de prise en charge médicale en milieu carcéral par la puissance publique.

L'examen médical physique de notre échantillon a au moins servi à constater en temps réel que les enfants étaient en bonne santé. De même les pathologies habituellement décrites en milieu carcéral étaient peu fréquemment rencontrées, bien que 19 % de ces jeunes aient la gale, ce qui traduisait un manque d'hygiène corporelle en rapport avec les mauvaises conditions sanitaires qui existent en prison [7]. Nos résultats sur l'état de santé de ces mineurs sont sommaires parce que découlant d'un simple examen somatique. Or certaines affections asymptomatiques sévissent dans les établissements correctionnels et sont susceptibles d'être détectées par des tests de dépistage. C'est le cas notamment de l'infection à VIH et des maladies sexuellement transmises dont la prévalence est élevée en milieu carcéral du fait des comportements à risque tels que l'initiation précoce à la sexualité avec partenaires multiples sans protection et l'usage de drogue [1]. Les états de grossesse ont été également rapportés dans les maisons de correction [3]. Ils sont également décelables par des tests rapides qui pourraient susciter l'élaboration de structures indépendantes d'accueil loin des prisons pour adultes, avec services prénataux et apprentissage au rôle de parent.

Dans notre étude, aucun cas de suicide ni d'auto inflexion de blessures ne nous a été déclaré. De même nous ne mentionnons pas l'existence de désordres psychiques ou de troubles du comportement chez ces enfants bien que ces pathologies mentales aient été décrites en prison [4]. Ces chiffres pourraient être sous-estimés en l'absence de spécialistes en santé mentale parmi le personnel affecté au centre.

Nos commentaires appellent les recommandations suivantes.

• **Recommandations classiques :**

1 – Les maisons d'arrêt et de correction de Côte d'Ivoire devraient faire l'objet d'études plus approfondies pour identifier les caractéristiques épidémiologiques, les conditions de vie et les besoins en éducation, en santé et en protection sociale de la population qu'elles abritent.

2 – Le Ministère de la Justice et des droits de l'Homme en Côte d'Ivoire devrait adopter une vraie politique en matière de protection des Droits des personnes privées de liberté où interviendrait une équipe multidisciplinaire compétente et expérimentée selon les normes internationales approuvées par les Nations Unies.

3 – Le Ministère de la Justice et des droits de l'Homme en Côte d'Ivoire devrait intégrer dans l'équipe multidisciplinaire des médecins spécialistes en médecine légale, des pédiatres, des spécialistes en santé mentale, en éducation et en droits humains.

4 – Les enfants en conflit avec la loi en Côte d'Ivoire devraient bénéficier d'établissements correctionnels qui leur soient réservés en dehors des prisons pour adultes et qui soient dotés de programmes appropriés à leurs caractéristiques, à leur développement, en particulier à leurs besoins en matière d'éducation et de santé.

5 – L'équipe multidisciplinaire intervenant dans les maisons d'arrêt et de correction de Côte d'Ivoire devrait veiller, par des rapports réguliers d'évaluation au gouvernement et aux organismes chargés de la protection des droits humains, à la promotion des bonnes pratiques en milieu carcéral.

En dehors de ces recommandations classiques, nous proposons deux recommandations plus innovantes qui ont trait au rôle des communautés et au rôle de l'Institut Médico-légal de Côte d'Ivoire en voie d'émergence.

- **Recommandations innovantes :**

1 – Assurer l'intervention directe et immédiate des communautés dans la prise en charge sanitaire des

mineurs, d'une part, l'écoute et la prise en charge psychosociale, d'autre part à l'image de ce qui se fait aujourd'hui en matière de lutte contre le Sida à l'échelle mondiale.

2 – Confier à l'IML la coordination nationale de la formulation et de la mise en œuvre des politiques et actions de prise en charge sanitaire et psycho-sociale des groupes vulnérables et constituer l'IML en gardien du respect des droits de ces groupes (IML = promoteur de bonne gouvernance). ■

V. RÉFÉRENCES

- [1] AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS – Health Care for Children and Adolescents in the Juvenile Correctional Care System. *Pediatrics*, 2001, 107, 4, 799-803.
- [2] BORN M., THYS P. – *Délinquance juvénile et famille*. Editions l'Harmattan. Collection « Sciences criminelles », Paris, 2001, 258 p. ISBN : 2-7475-0691-6.
- [3] BREUNER C.C., FARROW J.A. – Pregnant teens in prison : prevalence, management, and consequences. *West. J. Med.*, 1995, 162, 328-330.
- [4] GOULD J., PAYNE H. – Health needs of children in prison. *Archives of Disease in Childhood*, 2004, 89, 549-550.
- [5] Ministère de l'Economie et des Finances, Institut National de la Statistique, données démographiques 2007.
- [6] PERDRIOLLE S. – Centres fermés pour mineurs délinquants. Les ambiguïtés d'un projet, *Etudes* 2003/11, Tome 399, p. 463-473.
- [7] Rapport de l'ONUCI sur la situation des Droits de l'Homme en Côte d'Ivoire. Août-Septembre-Octobre-Novembre-Décembre 2005.

La responsabilité pénale du médecin : étude comparative des législations marocaine, française et belge

**A. BELHOUSS*, F. AIT BOUGHIMA*, H. WADIFI, H. BENYAICH*,
F. BEAUTHIER**, J.-P. BEAUTHIER**1**

RÉSUMÉ

L'exercice de la médecine n'est pas abandonné à l'arbitraire, mais il obéit à des règles morales et légales bien établies. La mise en cause de la responsabilité du médecin est de plus en plus fréquente au Maroc, en France et en Belgique. Les fautes commises intentionnellement ou non par le médecin peuvent constituer des infractions qualifiées de délits ou crimes et engageant sa responsabilité médicale pénale. En effet, cette dernière constitue la forme la plus grave des quatre responsabilités médicales car elle l'expose à des peines dont la majorité se trouve cataloguée dans les codes pénaux (marocain, français et belge) et à des réparations du dommage corporel au profit de la victime ou de ses ayants droit.

L'analyse des législations pénales de ces trois pays met en évidence des infractions communes punies de manière comparable ainsi que d'autres infractions plus spécifiques à l'un ou l'autre pays.

Mots-clés : Responsabilité médicale, Code pénal, Maroc, France, Belgique.

* Service de Médecine Légale, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc.

** Centre de Médecine Légale de Charleroi, Belgique.

1. Laboratoire de Médecine Légale, Campus CP 629, Erasme Université Libre de Bruxelles.

SUMMARY

The Penal Responsibility of the Doctor: A Comparative Study of Moroccan, French and Belgian Legislation

The practice of medicine is not an arbitrary action, but it is submitted to well recognized moral and legal rules. The question of doctor responsibility is more and more frequent in Morocco, in France and Belgium. The mistakes committed intentionally or not by the doctor may represent violations considered as misdemeanors or crimes and may commit his penal medical responsibility. Indeed, this last point constitutes the gravest form of four medical responsibilities as it exposes him to sentences that are mostly listed in the penal codes (Moroccan, French and Belgian) and compensation of the physical damages on behalf of the victim or his heirs.

The analysis of penal legislations of these three countries emphasises the common infractions punished in similar ways as well as other more infractions specific to one country or another.

Key-words: Medical responsibility, Penal code, Morocco, France, Belgium.

I. INTRODUCTION

La prise en charge d'un malade par un médecin se traduit par l'engagement de ce dernier à mettre en œuvre toutes ses connaissances et ses compétences pour assurer la meilleure conduite diagnostique et thérapeutique [20].

Le manquement à ce devoir humanitaire ou la commission d'infractions qualifiées de délit ou crime, lors de la pratique médicale soit dans le secteur privé ou dans le secteur public, engage la responsabilité pénale du médecin, constituant la forme la plus grave des quatre responsabilités qui puissent être encourues. A la différence de la responsabilité civile, administrative, et ordinale, elle va l'exposer à des peines allant de l'amende (au profit du trésor public) à l'emprisonnement ou les deux à la fois, sans préjudices d'autres sanctions à type de mesure de sûreté comme la sus-

pension d'exercice à temps ou de manière définitive. Le médecin peut de plus être condamné à réparer le dommage au profit de la victime ou de ses ayants droit, qui peuvent se constituer partie civile.

Certes, à la différence des pays européens comme la France et la Belgique, le contentieux médical pénal reste relativement faible au Maroc, même si la tendance au cours de ces dernières années, va dans le sens de l'accroissement.

La responsabilité médicale pénale est un sujet assez vaste englobant des infractions dont certaines sont prévues par des textes spéciaux, mais la majorité se trouve cataloguée dans le Code pénal de chaque pays. Nous nous proposons dans ce travail de faire une analyse comparée des principaux articles de la loi pénale pouvant être appliqués dans le cadre de la responsabilité médicale pénale dans trois pays : le Maroc, la France et la Belgique.

II. LES CONDITIONS DE MISE EN JEU DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DU MÉDECIN

La responsabilité est le fait d'assumer les conséquences d'un acte médical comme le décrit l'article 14 du Code de déontologie française : « Tout médecin est responsable de chacun de ses actes professionnels ». [5].

En droit, le terme de responsabilité concerne deux fonctions : la réparation du dommage et/ou la sanction du responsable.

La responsabilité pénale consiste, pour la personne qui a commis une infraction définie par un texte de loi, à supporter les peines attachées par le législateur à la commission de cette infraction : amende et/ou privation de liberté.

A cet égard, le praticien ne jouit d'aucune immunité et se trouve responsable pénalement dans les termes du droit commun de ses fautes professionnelles.

Pour que la responsabilité pénale soit appliquée, la loi exige la présence des deux éléments à savoir :

- ✓ l'élément légal : c'est le comportement répréhensible prévu par la loi ;
- ✓ l'élément matériel : c'est le comportement matériellement adopté par l'individu dont on engage la responsabilité (soit sous forme d'une action ou d'une omission).

Dans la gamme des infractions, on peut distinguer essentiellement des délits involontaires tel que l'homicide et les blessures par imprudence et des délits intentionnels variant dans leur gravité et dans la fréquence de leur commission tels que : l'avortement illégal, l'abstention fautive, la violation du secret médical, les faux témoignages et faux certificats...

III. LES INFRACTIONS INVOLONTAIRES

Le Code pénal intervient pour inciter ceux qui se trouvent en charge du corps humain à prendre le maximum de précautions pour éviter un dommage : tel est le cas du médecin qui exerce sa mission dans le respect de la vie. Ainsi, par une faute d'imprudence constituant une infraction, le praticien peut engager sa responsabilité pénale.

A. Au Maroc

Le droit marocain n'a pas érigé à cet égard des textes spécifiques, mais les tribunaux appliquent les dispositions générales des articles 432 et 433 du Code pénal (CPM).

Art 432 stipule que : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements commet involontairement un homicide ou en est involontairement la cause est puni de l'emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 250 à 1000 dirhams ». [10]

Art 433 stipule que : « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements cause involontairement des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité de travail personnel de plus de six jours est puni de l'emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de 120 à 500 dirhams ». [10]

B. En France

Le Code pénal français (CPF) prévoit une incrimination qui peut être retenue contre un médecin dans les termes de :

1. Mise en danger d'autrui (article 223-1 et 223-2 du CPF)

Il s'agit du fait « d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement. Elle est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 245 euros d'amende ». [9]

Cette infraction est constituée même si elle n'a pas causé de préjudice. Il suffit d'avoir exposé une personne à un risque dangereux pour elle.

2. Atteinte involontaire à l'intégrité physique d'autrui et homicide involontaire (article 221-6, 222-19 et 222-20 du CPF)

Si la faute de mise en danger d'autrui a provoqué un dommage, il ne s'agit plus du délit de mise en danger d'autrui. Il convient alors de déterminer l'infraction suivant la gravité du dommage :

- ✓ Homicide involontaire si le dommage est constitué par la mort d'autrui ;
- ✓ Atteinte à l'intégrité physique d'autrui (anciennement blessure involontaire) si le dommage est constitué par une incapacité temporaire de travail.

L'homicide involontaire est ainsi défini : « Le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou les règlements, la mort d'autrui. » (article 221-6 du CPF).

Il est puni de 3 ans d'emprisonnement et 45 735 euros d'amende. [9]

Le délit d'atteinte involontaire à l'intégrité physique d'autrui se définit quand à lui par : « Le fait de causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou les règlements, une interruption temporaire de travail pendant plus de 3 mois. » (article 222-19).

Il est puni de 2 ans d'emprisonnement et 30 490 euros d'amende. [9]

Si la durée de l'incapacité totale de travail est inférieure ou égale à trois mois, la peine est d'un an d'emprisonnement avec une amende de 15 245 euros (article 222-20). [9]

C. En Belgique

La loi n'a défini ni les blessures ni les coups. Cette notion est dès lors tirée de l'enseignement de la jurisprudence. Constitue ainsi un coup ou une blessure, toute lésion externe ou interne, si légère soit-elle, apportée au corps humain, de l'extérieur, par une cause mécanique ou chimique, agissant sur l'état physique. [2]

L'article 419 du Code pénal belge (CPB) stipule : « Quiconque aura involontairement causé la mort d'une personne sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 1,24 à 24,78 euros... » [8]

L'article 420 du CPB : « S'il n'est résulté du défaut de prévoyance ou de précaution que des coups ou des blessures, le coupable sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 1,24 à 12,39 euros, ou d'une de ces peines seulement... » [8]

IV. LES INFRACTIONS VOLONTAIRES

A. Les homicides et blessures volontaires

Le médecin commet rarement de telles infractions, mais il lui est souvent demandé d'assumer les conséquences de tels actes. C'est le cas notamment de l'euthanasie qui se voit être traitée de manière différente selon le pays étudié :

1. Au Maroc

Le Code pénal n'a pas retenu de qualification particulière concernant l'euthanasie. Elle reste assimilée à un meurtre voire un assassinat ou un empoisonnement, punissables respectivement selon les articles 392, 393 et 398 du CPM, de la réclusion perpétuelle ou de la peine de mort.

2. En France

L'euthanasie est illégale. Elle n'existe pas en tant que tel dans le Code pénal. Les articles 221-1 et 221-3 relatifs au meurtre et à l'assassinat sont cependant invoqués.

L'euthanasie active est donc assimilée à un homicide. Quant à l'euthanasie passive ou « l'abstention thérapeutique », elle est considérée comme de la non assistance à personne en danger.

3. En Belgique

L'euthanasie est autorisée sous conditions en Belgique pour certains sujets atteints de maladies incurables. La Belgique a adopté le 16 mai 2002, une loi relative à l'euthanasie. Aucune infraction pénale n'est retenue à l'encontre du médecin qui pratique l'euthanasie, si certaines conditions sont respectées :

- ✓ Le patient doit être capable et conscient, formuler sa demande de façon volontaire, réfléchie, répétée, et être libre de toute contrainte ;
- ✓ Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;

- ✓ Le praticien doit respecter certaines règles procédurales. [17]

En dehors de ces conditions, l'acte de donner la mort à son patient sera qualifié de meurtre, d'assassinat (articles 393 et 394 du CPB) voire d'empoisonnement (article 397 du CPB).

B. La castration et la stérilisation humaine volontaire

1. Au Maroc

La castration est réprimée par l'article 412 du CPM, stipulant que « Quiconque se rend coupable du crime de castration est puni de la réclusion perpétuelle. Si la mort en est résultée, le coupable est puni de mort ». [10]

Les traitements médicaux et chirurgicaux en vue de la réadaptation des caractères sexuels au sexe auquel un transsexuel a la conviction d'appartenir constitue une pratique illégale dans ce pays pouvant tomber sous le coup de l'article précédent.

Quant à la stérilisation humaine volontaire, elle constitue une atteinte à l'intégrité physique de la personne qui n'est justifiée que par la nécessité thérapeutique et le consentement de l'intéressée. Mais il existe une perception extensive du concept de la nécessité thérapeutique permettant le recours à la stérilisation tubaire sur des justifications médicales, même mineures, surtout lorsque celles-ci sont assorties de certaines considérations sociales (âge de la femme, nombre d'enfants, situation socio-économique).

Par contre, la vasectomie n'est pas d'usage dans ce pays et il ne semble pas y avoir de légitimité possible à sa réalisation.

2. En France

La castration était considérée comme un crime majeur par l'article 316 de l'ancien Code pénal de 1810. Elle n'est pas spécialement visée par la loi actuelle. Le mot « stérilisation » ne figure ni dans le Code civil ni dans le Code pénal.

Que le sujet soit un homme ou une femme, il s'agit d'une atteinte au corps par le biais d'interventions chirurgicales. Or toute atteinte au corps est prohibée et sanctionnée par la loi sous forme, entre autres, du délit de « violences entraînant une mutilation ou une infir-

mité permanente » (article 222-9 du CPF). Elle n'est licite que si elle est médicalement nécessaire à celui ou à celle qui en est l'objet.

Concernant le transsexualisme, et en l'absence de loi spécifique, la jurisprudence, avec 2 arrêts de la Cour de cassation du 11 décembre 1992, légitime le traitement chirurgical dans un but thérapeutique chez une personne présentant le syndrome de transsexualisme. Il est donc possible de considérer depuis cette date que si le diagnostic est porté dans les règles de l'art, il n'y a pas d'obstacle juridique au traitement chirurgical.

3. En Belgique

Dans l'optique traditionnelle, la stérilisation était jugée illicite pour défaut de finalité thérapeutique, quand bien même la personne concernée donnait un consentement valable. Actuellement, sa licéité n'est plus contestée ; tout au plus son incidence particulièrement grave justifie-t-elle un renforcement des exigences de consentement exprès du patient et d'information préalable [14].

L'article 54 du Code de déontologie médicale autorise la stérilisation, mais en raison de ses « lourdes conséquences », impose une information correcte des conjoints ou partenaires sur son déroulement et ses conséquences. La décision de procéder à l'opération est cependant du seul ressort de la personne concernée, l'opposition du conjoint ou du partenaire restant sans effet [14].

En ce qui concerne les mineurs, la stérilisation reste généralement considérée comme illicite, du fait de son irréversibilité et de l'existence de solutions alternatives [14].

Concernant la transsexualité, la licéité de l'intervention chirurgicale correctrice ne fait plus de doute à présent, depuis un jugement du tribunal correctionnel de Bruxelles du 27 septembre 1969 acquittant un médecin malgré le décès du patient des suites d'une telle opération [14].

C. L'interruption illégale de la grossesse

1. Au Maroc

L'avortement illégal constitue un délit qui concerne en particulier le corps médical. La répression consa-

crée à cette infraction couvre 10 articles du Code pénal, de l'article 449 à l'article 458.

En effet, l'article 449 stipule : « quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non est puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 120 à 500 dirhams. Si la mort en est résultée, la peine est la réclusion de dix à vingt ans de prison ». [10]

Ainsi, le délit change de nature et devient un crime avec la présence d'une circonstance aggravante en l'occurrence la mort résultant de l'acte incriminé.

L'article 450 érige le délit d'habitude en circonstances aggravantes et prévoit le double de la peine d'emprisonnement dans le cas prévu à l'alinéa premier de l'article 449 et porte la réclusion de 20 à 30 ans dans le cas de l'alinéa 2 du même article.

L'article 451 prévoit l'interdiction d'exercer la profession médicale soit à titre temporaire pour une durée n'excédant pas 10 ans, soit à titre définitif.

L'article 453 envisage l'avortement thérapeutique qui n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure nécessaire pour sauvegarder la santé de la mère et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin avec l'autorisation du conjoint.

2. En France

L'interruption de la grossesse sans le consentement de l'intéressée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 76 225 euros d'amende (Article 223-10 du CPF). [9]

La peine est de deux ans d'emprisonnement et de 30 490 euros d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

- ✓ Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif thérapeutique ;
- ✓ Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi.

Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 76 225 euros d'amende si le coupable la pratique habituellement. La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines (article L. 223-11 du CPF). [9]

3. En Belgique

L'article 348 du CPB stipule : « Celui qui, médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans.... » [8]

Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable est puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six francs à trois cents francs. Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de 1,4 à 12,4 euros (article 349 du CPB).

En cas de consentement de la femme, la peine est d'un an et à une amende de cent francs à cinq cents francs.

La loi du 3 avril 1990 modifiant l'article 350 du Code pénal, a dépénalisé l'avortement dans certaines circonstances. L'article 350 nouveau dispose : « Il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse ». Le seul juge de l'état de détresse est la femme elle-même. Selon l'article 350 du Code pénal, son appréciation « est souveraine ». Même lorsqu'il s'agit d'un avortement thérapeutique, il est clair que la femme n'a jamais l'obligation d'y recourir. Elle seule a le pouvoir de décider si elle poursuit sa grossesse ou si elle veut l'interrompre. Aucune disposition légale ne requiert le consentement du conjoint à l'interruption volontaire de grossesse, même en l'absence de nécessité thérapeutique. [1]

Lorsque les moyens employés auront causé la mort, la peine est la réclusion de cinq ans à dix ans, si la femme a consenti à l'avortement et que l'intervention a été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et la réclusion de dix ans à quinze ans, s'il n'y a pas de consentement. (Article 352 du CPB)

V. LES AUTRES INFRACTIONS ENTRAÎNANT LA RESPONSABILITÉ PÉNALE MÉDICALE

A. L'exercice illégal de la médecine

1. Au Maroc

L'exercice de la médecine est réservé de droit aux seuls docteurs en médecine, régulièrement inscrits au tableau du conseil de l'ordre des médecins. Ce souci de protection de l'intérêt du malade explique le monopole réservé à l'Etat de la délivrance des diplômes universitaires. [13]

Les articles 60 et suivants de la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine précisent les conditions juridiques de l'exercice illégal de celle-ci [3].

Le délit d'exercice illégal de la médecine et d'usurpation de titres, est prévu dans l'article 381 du CPM, stipulant : « Quiconque, sans remplir les conditions exigées pour le porter, fait usage ou se réclame d'un titre attaché à une profession légalement réglementée, d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni, à moins que des peines plus sévères ne soient prévues par un texte spécial, de l'emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 120 à 5000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement ». [10]

2. En France

L'exercice illégal de la médecine est constitué lorsqu'une personne non titulaire d'un diplôme médical, établit un diagnostic et/ou préconise ou applique un traitement et laisse croire en une guérison.

Le délit d'exercice illégal de la médecine est prévu par l'article L 378 du Code de la santé publique qui renvoie au Code pénal en ce qui concerne les sanctions encourues. L'article 433-17 du CPF prévoit que « L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. » [9]

Si l'exercice illégal de la médecine est la cause de l'aggravation de l'état de santé du malade ou d'une atteinte à son intégrité corporelle, les peines peuvent être plus sévères, avec possibilité de poursuivre la personne mise en cause sur le fondement de l'atteinte à l'intégrité physique d'autrui, ou d'homicide suivant la gravité des conséquences de cette activité illégale.

3. En Belgique

L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir (dans son article 2, § 1^{er}, alinéa 2) dispose que l'accomplissement habituel par une personne ne remplissant pas les conditions de tout acte médical au sens large constitue l'exercice illégal de l'art médical, réprimé pénalement par l'article 38, § 1^{er}, 1 de l'arrêté.

L'exercice illégal de l'art médical est un délit d'habitude, en ce sens qu'un seul fait ne suffit pas : il faut qu'il soit établi que le prévenu accomplit habituellement les actes que la loi réserve aux médecins (article 38, § 1^{er} de la loi sur l'art de guérir). Ce terme est cependant susceptible de plusieurs interprétations. En général, on examine en priorité le nombre d'actes effectués : en principe, deux actes peuvent suffire. [14]

L'article 227 du CPB incrimine le coupable, stipulant : « Quiconque se sera immiscé dans des fonctions publiques, civiles ou militaires, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à deux ans ». [8]

B. Non assistance à personne en péril

1. Au Maroc

L'omission de porter secours à une personne en danger constitue un manquement aux devoirs d'humanisme médical, engageant la responsabilité pénale, civile et ordinaire du médecin [6].

Pour qu'il y ait infraction, il faut :

- ✓ qu'une personne se trouve en péril réel ou supposé, imminent et constant ;
- ✓ que l'intervention soit sans risque pour l'auteur ou pour des tiers ;
- ✓ que l'abstention ait été volontaire.

Les sanctions pénales de non assistance à personne en péril sont prévues par l'article 431 du CPM qui stipule : « Quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui, ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours, est puni de l'emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 120 à 1 000 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement ». [10]

2. En France

L'article R.4127-9 du Code de la santé publique (article 9 du Code de déontologie médicale) précise : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. » [19]

L'abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril est condamnée par le Code Pénal dans son article 223-6 qui stipule : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. » [9]

3. En Belgique

L'abstention coupable est une infraction réprimée par l'article 422bis du CPB qui prévoit une peine d'emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de 1,4 à 12,4 euros ou d'une de ces peines seulement, pour celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention.

Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui

faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. [8]

Le médecin ne peut se soustraire à un appel urgent qu'après avoir acquis la conviction qu'il n'a pas de réel danger ou que s'il est retenu par une urgence d'au moins égale importance (article 118 du Code de déontologie médicale). [4]

C. Violation du secret médical

La règle du respect du secret professionnel fait partie des traditions médicales les plus anciennes. Il a été ainsi établi pour assurer la confiance des malades nécessaire à l'exercice de la fonction médicale. Il s'impose à tout médecin sauf dérogations établies par la loi.

1. Au Maroc

L'article 446 du Code pénal stipule que : « les médecins, chirurgiens ou officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes ou toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie qui, hors les cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis de l'emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 1 200 à 20 000 dirhams ». [10]

Par ailleurs, l'article 4 du Code de déontologie indique aussi que le médecin doit au malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordée. [6]

2. En France

Le Code pénal de mars 1994 ne fait plus référence aux médecins par comparaison à l'ancien code. Il traite du secret professionnel et non plus de façon spécifique du secret médical, dont le médecin est « dépositaire ».

L'article 226-13 du CPF dispose à cet effet : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état, ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » [9]

L'article 226-14 précise les obligations et les autorisations de divulgation du secret médical. Le signa-

lement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

L'article 60-1 du Code de procédure pénal instaure une brèche dans le secret médical en permettant au médecin de remettre un dossier à un officier de police judiciaire, sur simple réquisition, sans violer le principe du secret. L'accord du médecin est néanmoins indispensable. [7]

3. En Belgique

Le Code de déontologie médicale énonce les règles du secret professionnel du médecin (articles 55 à 70). Cette règle déontologique confirme l'article 458 du CPB qui sanctionne toute violation du secret professionnel : « les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission parlementaire) et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. » [8]

L'article 458bis du CPB énonce une dérogation au secret professionnel. Le dépositaire du secret de la victime peut briser le silence lorsqu'il constate certaines infractions, à savoir: attentat à la pudeur, viol, coups et blessures, mutilations sexuelles, privation d'aliments et de soins, défaut d'entretien et délaissement.

D. Les délits de corruption, de faux certificats, de déclaration mensongère et de faux témoignages

Un certificat est un écrit officieux constatant ou interprétant des faits d'ordre médical. Il doit être rédigé en toute objectivité et loin de toute complaisance.

1. Au Maroc

L'article 366 du Code pénal punit d'emprisonnement de six mois à deux ans et/ou amende celui qui établit sciemment une attestation ou un certificat relatant des faits matériellement inexacts.

Lorsque l'intention du praticien est de favoriser quelqu'un, il y'a application de l'article 364 du Code pénal

qui stipule : « tout médecin, chirurgien, dentiste, officier de santé ou sage femme qui dans l'exercice des ses fonctions et pour favoriser quelqu'un, certifie faussement ou dissimule l'existence de maladie ou infirmité ou un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès est puni de l'emprisonnement d'un à trois ans, à moins que le fait ne constitue l'une des infractions plus graves prévues aux articles 248 et suivants.

Le coupable peut, en outre, être frappé de l'interdiction de l'un de plusieurs des droits civiques, civils ou de famille pendant cinq ans au moins et dix ans au plus ». [10]

Lorsque le médecin a agi dans un but de lucre, il tombe sous le coup de l'article 248 du CPM caractérisant le délit de corruption : « est coupable de corruption et puni de l'emprisonnement de deux à cinq ans et d'une amende de 2 000 à 50 000 dirhams qui-conque sollicite ou agréé des offres ou promesses, sollicite ou reçoit des dons, présents ou autres avantages, pour étant médecin, chirurgien, dentiste, sage femme, certifier faussement ou dissimuler l'existence de maladies ou d'infirmités ou un état de grossesse ou fournir des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès. » [10]

2. En France

Le médecin ne doit délivrer aucun rapport tendancieux ou certificat abusif (article 28 du Code de déontologie médicale), ni céder à des demandes abusives (article 50 du même code) ou se livrer à des fraudes ou abus de cotation (article 29 du même code). L'article 441-8 du CPF punit sévèrement la rédaction de faux certificats ou de certificats de complaisance. Il stipule : « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 490 euros d'amende le fait, par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses dons, présents ou avantages quelconques pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.

Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts.

La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 76 225 euros d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès. » [9]

La tentative des mêmes délits est punie des mêmes peines (article 441-9 du CPF).

3. En Belgique

Le Code de déontologie médicale en son article 102 énonce que le médecin doit rédiger avec conscience et objectivité tous documents nécessaires à l'obtention d'avantages sociaux. [4]

L'article 204 du CPB sanctionne tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui, « pour favoriser quelqu'un, aura certifié faussement des maladies ou des infirmités propres à dispenser un service dû légalement ou tout autre obligation imposée par la loi ». [8]

La disposition spécifique de cet article n'empêche pas d'appliquer la règle générale de l'article 196 du même code qui sanctionne le faux en écriture.

Tout fonctionnaire ou officier public qui, dans l'exercice de ses fonctions, aura commis un faux, est puni de la réclusion de dix ans à quinze ans (article 194 du CPB).

Le faux témoignage en matière criminelle, soit contre l'accusé, soit en sa faveur, sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans. (article 215 du CPB).

Les articles 218, 219 et 220 du CPB punissent respectivement le coupable du faux témoignage en matière correctionnelle, de police et civile.

L'expert coupable de fausses déclarations est puni comme faux témoin conformément aux articles 215, 216, 218, 219 et 220 du CPB.

E. Les infractions en matière de bioéthique

1. Au Maroc

La loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes, arrive à point nommé

pour combler un vide juridique concernant la question du don et de la transplantation d'organes et de tissus humains. Elle a insisté sur les principes éthiques concernant le don et la greffe à savoir : la gratuité, l'anonymat et le consentement. Elle autorise les prélèvements dans un but thérapeutique sur les personnes vivantes uniquement si elles sont majeures et ce, en faveur d'un cercle déterminé de receveurs apparentés.

Elle introduit le principe du consentement présumé chez les défunts majeurs n'ayant pas fait connaître, de leur vivant, leur refus à de tels prélèvements, sauf opposition de la famille. S'il s'agit d'un défunt mineur ou majeur incapable, l'accord du représentant légal est obligatoire.

Le médecin qui ne respecte pas ces dispositions légales est sanctionné par les dispositions pénales de la loi sus citée. [11]

Par ailleurs, il n'existe pas dans ce pays de loi régissant l'identification des caractéristiques génétiques d'une personne ou dans le domaine de la recherche biomédicale.

2. En France

La loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique se propose d'assurer la protection du corps humain.

* **En matière d'études génétiques** : la recherche de l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques constitue une infraction si celle-ci s'effectue :

- ✓ à des fins médicales sans recueillir préalablement le consentement du sujet ;
- ✓ à des fins qui ne seraient ni médicales, ni scientifiques et qui seraient étrangères à une procédure judiciaire ;
- ✓ par des praticiens non agréés et dans des laboratoires et des établissements non autorisés [12].

* **En matière de protection du corps humain** : constituent des infractions le fait d'obtenir d'une personne l'un de ses organes, de ses tissus, de ses cellules sans respecter les formes légales prévues par la loi.

* **En matière d'expérimentation sur la personne humaine** :

L'article 223-8 du CPF dispose à cet effet que : « Le fait de pratiquer ou de faire pratiquer sur une personne une recherche biomédicale sans avoir recueilli le consentement libre, éclairé et exprès de l'intéressé, des

titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur dans les cas prévus par les dispositions du code de la santé publique est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 735 euros d'amende.

Les mêmes peines sont applicables lorsque la recherche biomédicale est pratiquée alors que le consentement a été retiré. » [9]

3. En Belgique

* **En matière d'études génétiques** : Les règles fixant l'usage des empreintes génétiques en matière judiciaire résultent de la loi du 22 mars 1999, relative à la procédure d'identification par analyse ADN en matière pénale, qui a posé les principes suivants :

- ✓ l'empreinte génétique doit être obtenue à partir d'ADN non codant ;
- ✓ l'analyse doit être effectuée par un expert rattaché à un laboratoire agréé ;
- ✓ le juge d'instruction peut contraindre un suspect à se soumettre à un prélèvement si de fortes présomptions pèsent sur lui, si l'infraction est punissable d'au moins cinq ans d'emprisonnement et si une trace indiciaire a été recueillie. Toutefois, le consentement est obligatoire en cas de prélèvement sanguin pratiqué par un médecin. [15]

* **En matière de protection du corps humain** : Tout prélèvement et toute transplantation de tissus ou d'organes doivent être effectués par un médecin dans un hôpital agréé à des fins thérapeutiques et dans un but non lucratif avec un consentement donné librement et sciemment. Le médecin est tenu d'informer de façon claire et complète le donneur des conséquences physiques, psychiques, familiales et sociales du prélèvement. En ce qui concerne le prélèvement *post mortem*, le décès du donneur doit être constaté par trois médecins, à l'exclusion de ceux qui traitent le receveur ou qui effectueront le prélèvement ou la transplantation [18]. Toute infraction est punie selon les dispositions pénales de la loi du 13 juin 1986 relative au prélèvement et à la transplantation d'organes.

* **En matière d'expérimentation humaine** : Le Code de déontologie médicale consacre un chapitre à l'expérimentation humaine (articles 89 à 94). Il commence par rappeler que « L'essai sur l'homme de nouvelles médications et de nouvelles techniques médicales est indispensable » avant d'énoncer les règles qui doivent

s'appliquer à toute expérimentation. Ces règles, relativement succinctes, stipulent que l'expérimentation humaine doit être précédée par « une expérimentation animale large et sérieuse » et qu'elle doit être accompagné de toutes les garanties scientifiques et morales nécessaires. Elles précisent que les malades ne peuvent être soumis, sans leur consentement, à des recherches qui « pourraient leur occasionner le moindre inconvénient sans leur être directement utiles ». Elles autorisent l'expérimentation sur « l'homme bien portant » pour autant que celle-ci soit menée sur des majeurs susceptibles de donner librement leur consentement et « dans des conditions de surveillance médicale permettant de faire face à toute complication ». [4]

L'article 5 de la Loi du 7 mai 2004 énonce les conditions pour qu'une expérimentation sur la personne humaine puisse être entreprise [16].

Conformément au droit commun, le médecin qui ne respecte pas l'intégrité physique de son patient au cours d'une expérimentation s'expose à des poursuites à des coups et blessures volontaires (article 418 du CPB) ou, le cas échéant, administration de substances nocives (article 418 du CPB). S'il administre des placebo à des patients malades, il pourra être jugé coupable de non assistance à personne en danger (article 422bis du CPB) ou d'abstention de soins (article 401bis du CPB). [14]

F. Refus de répondre à une réquisition de la force publique

La réquisition médicale est une injonction faite à un médecin par une autorité judiciaire ou administrative pour effectuer un acte médico-légal urgent.

Tout refus de déférer à une réquisition est illicite. Cependant, il existe certaines situations exceptionnelles où le refus du médecin peut se justifier :

- ✓ Exception morale : l'expertise concerne un parent, allié ou un de ses patients ;
- ✓ Exception physique : le médecin requis est malade, incapable de se déplacer... ;
- ✓ Exception technique : le médecin estime que les constatations à effectuer dépassent sa compétence ou ses possibilités, ou bien ne sont pas d'ordre médical.

Au Maroc, ce refus est considéré comme une contravention de 2^e classe et réprimé par l'article

609 du CPM avec une petite amende de 10 à 120 dirhams.

En France, le refus d'une réquisition est un délit sanctionné par le Code de la santé publique par l'article L 379 qui prévoit de 229 à 1220 euros d'amende. Dans certains cas, on peut même faire application de l'article 63 du Code pénal qui sanctionne la non assistance à personne en danger.

En Belgique, il n'y a pas de législation spécifique réprimant le refus du médecin de répondre à une réquisition. L'article 131 du Code de déontologie médicale concernant le prélèvement sanguin en vue du dosage de l'alcool mentionne : « Le médecin requis ne peut se soustraire à cette obligation sauf :

- ✓ s'il constate une contre-indication médicale au prélèvement sanguin ;
- ✓ si l'intéressé refuse de s'y soumettre. La prise de sang ne peut être imposée de force à l'intéressé ;
- ✓ si l'intéressé est un de ses propres patients, à condition qu'il soit possible pour l'autorité requérante de recourir à un autre médecin.

Le médecin requis doit toujours s'abstenir de faire un examen clinique ou de porter un jugement critique concernant l'intoxication alcoolique de l'intéressé s'il s'agit d'un de ses patients ». [4]

VI. ÉTUDE COMPARATIVE GLOBALE

La loi pénale réprime les infractions commises volontairement, mais aussi des actes dont l'auteur n'a ni voulu ni prévu les conséquences dommageables, alors qu'elles portent atteinte à l'intégrité du corps humain.

Le législateur marocain tout autant que son homologue belge ont été inspirés lors de la réglementation de la responsabilité médicale pénale par leur homologue français.

Ces trois législateurs répriment de manière comparable un nombre d'infractions telles l'exercice illégal de la médecine, l'abstention volontaire de porter assistance à une personne en péril, la violation du secret médical et la stérilisation humaine volontaire.

Toutefois, sur certaines infractions, chaque pays apporte sa propre loi en fonction de ses références culturelles.

Si l'interruption volontaire de grossesse est permise en France et en Belgique, elle demeure, en revanche, interdite au Maroc.

L'euthanasie est traitée de manière différente. Elle est illégale au Maroc et en France et autorisée sous conditions en Belgique.

La castration est considérée comme un crime par le code pénal marocain. Elle n'est pas spécialement visée par la loi française actuelle.

À l'inverse de la France et de la Belgique, le Maroc garde un vide juridique manifeste en matière de bioéthique à l'exception du don, du prélèvement et de la transplantation d'organes et de tissus humains régis par la loi 16-98.

CONCLUSION

La responsabilité médicale pénale oblige le médecin à répondre de ses actes devant la société. Les lois pénales du Maroc, de la France et de la Belgique ne sont qu'une expression des valeurs et des normes que chaque société entend défendre. Les comportements les plus universellement réprouvés se retrouvent condamnés par les trois législations étudiées. D'autres pratiques médicales sont plus ou moins tolérées selon la législation propre à chaque pays. Enfin, un vide juridique – surtout au Maroc – concerne certains aspects de l'exercice de la médecine lié au développement des sciences de la vie et mettant le professionnel de la santé face à des défis d'ordre éthique. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BEAUTHIER J.-P. – *Justice et dommage corporel. Symbiose ou controverse ?* Edition Larcier, Bruxelles, 2008.
- [2] BEAUTHIER J.-P. – Quelques articles du Code pénal sous la loupe du médecin légiste. *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2007, 1-2, 34, 3-14.
- [3] *Bulletin officiel* n° 2-97-421 du 28 octobre 1997 : Dahir n° 1-96-123 du 21 août 1996 portant promulgation à la loi n° 10-94 relative à l'exercice de médecine au Maroc.
- [4] Code de déontologie Médicale Belge 1992, publié dans le *bulletin du Conseil national de l'Ordre des Médecins*, n° 59, mars 1993.
- [5] Code de déontologie Médical Français : *Journal Officiel* du 28 juin 1947, tel a été modifié et complété.

- [6] Code de déontologie Marocain. *Bulletin Officiel* n° 2121 du 19 juin 1953.
- [7] Code de procédure pénale Français *Journal Officiel* du 24 décembre 1958 en vigueur le 2 mars 1959, tel a été modifié et complété.
- [8] LAMBERTS C., WILLEMS J.-J., DRION L., *et al.* – *Les Codes Larcier. Vol. II – Droit pénal*. Bruxelles : Larcier, 2008.
- [9] Code pénal Français.
- [10] Code pénal Marocain. Dahir n° 1.59.415 du 26 novembre 1962 portant approbation du texte du Code pénal, tel qu'il a été complété et modifié.
- [11] Dahir n° 1-99-208 du 25 août 1999 portant loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes. *Bulletin officiel* n° 4726 du 16 septembre 1999.
- [12] Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 relatif à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales. *Journal officiel* du 6 avril 2008.
- [13] LAKBIRI A. – La responsabilité médicale pénale. *Espérance médicale*, janvier 2007, 14, 134, 13-17.
- [14] LELEU Y.-H. – *Le droit médical : aspects juridiques de la relation médecin patient*, édition De Boeck Université 2001.
- [15] Loi du 22 mars 1999 relative à la procédure d'identification par analyse ADN en matière pénale, publiée au *Moniteur belge* le 20 mai 1999.
- [16] Loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, publiée au *Moniteur belge* le 18 mai 2004.
- [17] Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, publiée au *Moniteur belge* le 22 juin 2002 est entrée en vigueur le 23 septembre 2002.
- [18] Loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes : *Moniteur belge* 14 février 1987.
- [19] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé publiée au *journal officiel* français n° 54 du 5 mars 2002, 4118.
- [20] MALICIER D. – *La responsabilité médicale, données actuelles*. Editions ESKA, Paris, 1999.

Le jeu de foulard mortel chez l'enfant : à propos d'un cas

A. AYADI¹, Z. HAMMAMI¹, W. BEN AMAR¹, S. BARDAA¹, Z. KHEMAKHEM¹,
H. FOURATI¹, S. MAATOUG¹

RÉSUMÉ

Le jeu de foulard est un jeu de strangulation et d'étouffement réalisé seul ou en groupe de plus en plus pratiqué par les jeunes. Cette pratique est très en vogue dans les écoles. Ce type de jeu peut conduire à la mort par asphyxie ou laisser des séquelles neurologiques graves.

Dans ce travail, nous rapportons le cas d'un enfant décédé accidentellement à domicile suite à une auto-strangulation par un lien lors de la pratique du jeu de foulard.

L'autopsie révèle la présence d'ecchymoses bilatérales au niveau des deux amygdales palatines, ainsi que des taches pleurales de Tardieu sans autres lésions pathologiques. Le diagnostic médico-légal est basé sur les faits et les éléments d'enquête. Nous avons conclu que la mort est la conséquence d'une asphyxie mécanique par auto-strangulation.

L'objectif de ce travail est d'attirer l'attention sur la gravité de ce jeu qui se répand entre les jeunes. Des programmes de prévention axés sur l'information doivent être mis en place pour limiter l'extension de ce jeu.

Mots-clés : Enfant, Asphyxie, Jeu de foulard, Auto strangulation.

1. Service de Médecine légale, CHU Habib Bourguiba, Avenue El Ferdaws 3029, Sfax, Tunisie.

SUMMARY

The Deadly Fainting Game Among Children: A Case Study

The fainting game is a strangulation and choking game done alone or in a group and is becoming more and more practiced by youths. This practice is very popular in schools. This type of game could lead to death by asphyxiation or may cause adverse neurodevelopmental effects.

In our study, we report the case of a child who died accidentally at home following auto-strangulation while attempting the fainting game.

The autopsy revealed the presence of bilateral bruising on both faucial tonsils, in addition to Tardieu pleural spots without other pathologic lesions. The forensic diagnosis was based on the facts and findings of the investigation. We concluded that the death was caused by mechanical asphyxiation by auto-strangulation.

The goal of this study was to draw attention to the gravity of this game that is spreading among young people. Informative prevention programs should be put in place to reduce the expansion of this game.

Key-words: Child, Asphyxiation, Fainting Game, Auto-strangulation.

INTRODUCTION

Le jeu de foulard est un jeu de strangulation et d'étouffement réalisé seul ou en groupe, dont l'objectif est de provoquer un évanouissement, en principe de courte durée. Ce type de jeu peut conduire à la mort par asphyxie ou laisser des séquelles neurologiques graves. De nombreuses variantes existent et les dénominations diffèrent selon les régions ; rêve bleu, rêve indien, jeu du cosmos, jeu des poumons, 30 secondes de bonheur...

Nous rapportons le cas d'un enfant décédé accidentellement à domicile suite à une auto-strangulation par un lien alors qu'il essayait de découvrir le « jeu de foulard ».

Nous discuterons à travers ce cas les aspects médico-légaux et épidémiologiques de ce type de décès et nous

proposerons des mesures préventives susceptibles de réduire la fréquence de ces comportements à risques.

OBSERVATION

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin, âgé de 11 ans, de corpulence normale, originaire de la ville de Sfax (Tunisie) qui a été trouvé mort par sa mère à domicile alors qu'il était censé jouer seul au balcon. Il était scolarisé, et n'avait pas d'antécédents pathologiques particuliers.

Sa mère l'a découvert allongé par terre sur le ventre inconscient et cyanosé avec une écharpe large, autour du cou. Cette écharpe, faite de tissu souple en coton, mesure environ un mètre de long, une fois déroulée. D'après la famille et les témoins, les deux extrémités

de l'écharpe étaient libres et il n'y avait pas de nœud. L'enfant a été transporté par la famille aux urgences où on n'a fait que le constat de décès. Il n'y a pas eu de manœuvres de réanimation.

Devant le caractère suspect de cette mort, une enquête judiciaire a été ouverte et une autopsie médico-légale a été ordonnée.

L'examen externe du corps n'a pas révélé de traces de violence apparentes notamment l'absence de sillon cervical apparent. Par ailleurs, il s'agissait d'un enfant de corpulence normale présentant une cyanose marquée de la face et des extrémités et une légère protrusion de la langue. L'examen du globe oculaire a été normal.

L'autopsie, a mis en évidence des ecchymoses récentes et bilatérales au niveau des parties antérieures des amygdales palatines sans autres lésions anatomiques apparentes au niveau du cou. Par ailleurs nous avons trouvé une congestion pulmonaire intense avec la présence de taches pétéchiiales (tache de Tardieu) sur la plèvre. Aucune autre lésion viscérale n'a été constatée. L'examen anatomopathologique des viscères ne montre pas de lésions pathologiques pouvant expliquer la mort. En particulier pour les amygdales, il n'existe pas de réaction inflammatoire ou de malformation artério-veineuse. L'ecchymose observée est vraisemblablement d'origine traumatique.

Devant les circonstances de survenue de la mort, les données de l'examen et de l'autopsie du cadavre, la négativité des analyses toxicologiques et l'absence de lésions organiques pathologiques pouvant expliquer la mort, nous avons conclu que la mort est la conséquence d'une asphyxie mécanique par auto strangulation. L'hypothèse qui a été retenue est la suivante : « l'enfant s'est serré le cou à l'aide d'un foulard dans une tentative d'auto-strangulation. Il serait suivi d'une perte de connaissance puis la mort par asphyxie ».

L'enquête judiciaire révèle que plusieurs élèves de l'école s'adonnaient à la pratique du jeu de foulard considéré par eux comme un nouveau jeu « à la mode », pratiqué soit en groupe, soit de façon solitaire.

DISCUSSION

Le jeu de foulard consiste à freiner l'irrigation sanguine du cerveau par compression digitale des carotides ou par un lien pour éprouver des sensations de type hallucinatoire (ex. sensations de décoller du sol,

visions colorées...). Si l'hypoxie se poursuit, elle entraîne une perte de connaissance et s'accompagne de spasmes convulsifs hypertoniques.

Dans la phase d'initiation et d'expérimentation, ce jeu se pratique généralement en groupe, dans la cour de récréation ou les toilettes de l'établissement scolaire, à l'abri des regards des adultes. Il arrive que l'enfant reproduise seul l'étranglement (auto-asphyxie), à l'aide d'un lien quelconque (ex. foulard, cordelette, ceinture, essuie-main), avec un risque accru de strangulation et de pendaison irréversible puisqu'étant seul, personne ne pourra le réveiller. La privation totale d'oxygène conduit au coma en quelques secondes et à la mort cérébrale en moins de cinq minutes.

L'ampleur de ce phénomène est très difficile à évaluer puisque ce type de jeu se pratique hors du contrôle des adultes; les décès qui lui sont secondaires sont généralement interprétés comme des suicides (ex. pendaisons) ou des accidents.

Les chiffres sont donc extrêmement contrastés. En Tunisie, nous ne disposons pas de données de la pratique de ce jeu. En France, selon une enquête réalisée sur un échantillon national de 1 013 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, 4 % des sujets interrogés avouent avoir pratiqué le jeu de foulard. Le rapport Croissandea [1], réalisé en France en 2002 par l'inspection générale de l'Éducation nationale, rapporte une dizaine de cas de décès secondaires à ce jeu depuis 1990. Une étude canadienne en 2001 a rapporté le décès de 4 jeunes garçons âgés de 7 à 12 ans, et un cinquième est resté dans le coma. La strangulation se pratiquait dans les toilettes des collèges, à l'aide d'essuie mains en tissus [2].

Selon Croissandea [1], la majorité des pratiquants sont âgés de 11 à 15 ans. À cet âge, ces adolescents sont peu conscients de leur vulnérabilité à ces jeux et sous-estiment le danger encouru qui a un fort pouvoir attractif sur l'enfant. Toujours d'après ce rapport, ce jeu est pratiqué principalement par des garçons, en groupe (milieu scolaire, colonies de vacances, etc.) et rarement au domicile. Une étude, menée par G. Michel en France [3], souligne que la majorité des décès ont lieu au domicile.

D'ailleurs, le risque de mort est d'autant plus grand que l'enfant reproduit ce jeu seul à son domicile, ceci explique que la majorité des décès aient lieu au domicile.

Ces pratiques ont été surtout assimilées à des conduites psychopathologiques paraphiliques (*comportement sexuel peu fréquent utilisé par la personne pour récolter un plaisir sexuel ou une gratification*

sexuelle), mais aussi à des conduites accidentelles et des suicides [4, 5]. À titre d'exemple, l'étude de Sheehan *et al.* [4], a permis de relier les décès de huit garçons âgés entre 14 et 20 ans par strangulation à des pratiques auto-érotiques.

La constriction exercée par le poids de la tête sur le cou après la perte de connaissance aggraverait les conséquences de l'asphyxie engendrée par ce jeu [6, 10].

À l'autopsie, il est possible que des lésions puissent être observées telles qu'une ecchymose sous cutanée de la région cervicale, une fracture de l'os hyoïde ou du cartilage thyroïde et dans les cas graves une fracture du rachis cervical avec parfois une elongation de la moelle cervicale [2, 8].

Dans notre observation le seul élément traumatique observé est une ecchymose profonde au niveau des amygdales témoin d'une compression du cou.

L'amygdale palatine est comprise entre les deux piliers divergents du voile du palais : l'antérieur va vers la langue, le postérieur se porte sur la paroi latérale du pharynx. L'amygdale occupe la partie supérieure de la fosse amygdalienne [11]. Une asphyxie mécanique par obstruction des voies aériennes supérieures est responsable d'un refoulement de la langue contre la paroi supérieure du pharynx [12]. Ce refoulement pourrait expliquer la présence de l'ecchymose observée au niveau de la partie antérieure des amygdales surtout en l'absence d'autres causes pouvant expliquer sa survenue. L'examen anatomopathologique des amygdales élimine toute autre pathologie pouvant être à l'origine de cette ecchymose en dehors du traumatisme (par compression) (figure 1).

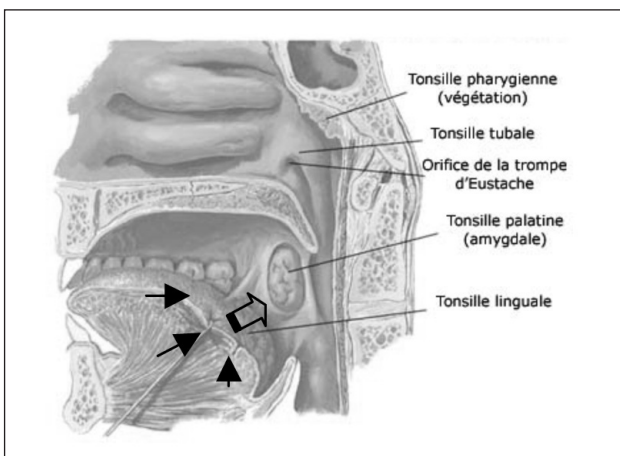


Figure 1 : La compression de l'amygdale palatine secondaire à un refoulement en arrière de la langue.

Compte tenu de la présence d'un syndrome asphyxique à l'examen externe et à l'autopsie ainsi que l'absence d'autres lésions pouvant expliquer la mort, en particulier l'examen anatomo-pathologique des viscères, nous avons conclu que la mort est secondaire à une asphyxie mécanique par compression des voies aériennes à laquelle s'ajoute une hypo-perfusion cérébrale par compression des artères du cou.

La gravité de ce jeu qui touche essentiellement des enfants impose une vigilance particulière de la part des parents et des adultes en contact avec eux. Certains signes particuliers devraient attirer l'attention des parents pour intervenir rapidement ; traces rouges autour du cou, notion de vision floue, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, de fatigue, de baisse du rendement scolaire, de difficulté à se séparer de sa ceinture, ou de son foulard.

Le jeu de foulard est considéré par plusieurs auteurs comme étant une pratique auto érotique. Les sexologues affirment aujourd'hui que tous les milieux sociaux, toutes les tranches d'âge, les hétérosexuels comme les homosexuels, sont concernés par ces pratiques et rappellent « qu'un décès par autoérotisme est un accident. L'intention n'est pas de mourir mais bien d'avoir du plaisir sexuel ». C'est pourquoi le nombre de décès par strangulation érotique est difficile à évaluer et sans doute plus important que le nombre déclaré (1 à 2 cas pour un million d'individus) [7].

La mise en place de programmes de prévention axés sur l'information s'avère nécessaire pour empêcher ce type de jeu et ses conséquences néfastes sur la santé des enfants. Il faut que les parents et les médecins ne se voient pas la face, qu'ils reconnaissent l'existence de ces pratiques, qu'ils en parlent avec ses enfants pour mettre en place les mesures appropriées [9]. Surtout il faut penser à la prévention dont une partie est sociale et scolaire mais qui est aussi parentale et médicale. Si l'enfant pratique le jeu de foulard, il faut l'informer certes, mais également l'adresser à un pédopsychiatre qui explorera le contexte familial et les mécanismes psychopathologiques qui sous-tendent spécifiquement sa pratique chez cet enfant, et mettra en place l'aide nécessaire [9].

CONCLUSION

Les morts asphyxiques secondaires au jeu de foulard restent exceptionnelles chez l'enfant.

Leur diagnostic repose sur les circonstances de survenue de la mort et sur les traces éventuelles laissées

par l'agent asphyxiant au niveau du cou. Lorsque la cause n'est pas clairement établie (cyanose, lésions atypiques telle que une ecchymose au niveau de l'amygdale) la possibilité de la pratique du jeu du foulard doit être évoquée.

Un interrogatoire en dehors de la présence des parents est souhaitable. Un dépistage précoce de cette pratique à risque et sous-estimée pourrait peut-être prévenir des complications létales.

Un dépistage précoce de ces pratiques et une information appropriée contribueront à prévenir les conséquences dramatiques de ce comportement à risques.■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CROISSANDEAU J.M. – Eléments d'informations sur le « jeu du foulard ». Étude réalisée par l'inspection générale de l'Éducation nationale ; 2002.
- [2] MACNAB A.J. – Self strangulation by hanging from cloth towel dispensers in Canadian schools. *Inj. Prev.*, 2001, 7, 231-3.
- [3] MICHEL G. – Les jeux dangereux et violents chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux d'agression et de non-oxygénation. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2006, 19, 304-312.
- [4] SHEEHAN W., GARFINKEL B.D. – Adolescent autoerotic deaths. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1988, 27, 367-70.
- [5] NIXON J.W., KEMP A.M., LEVENE S., SIBERT J.R. – Suffocation, choking, and strangulation in childhood in England and Wales: epidemiology and prevention. *Arch. Dis. Child.*, 1995, 72, 6-10.
- [6] LAVAUD J. – Les conséquences de l'hypoxie et de l'anoxie cérébrales. Les jeux dangereux. Le salon de la Médecine : MEDEC 2006, Comité national de l'enfance, Paris, 16 mars 2006.
- [7] UENO Y. – Sexual asphyxia by hanging – A case report and a review of the literature: *Leg. Med. (Tokyo)*, 2003, Sep, 5, 3, 175-80.
- [8] B.R. SHARMA MBBS – Injuries to neck structures in deaths due to constriction of neck, with a special reference to hanging: *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2008, 15, 298-305.
- [9] LE HEUZEY M.F. – Attention école; jeux dangereux: *Archives de pédiatrie*, 2003, 10, 587-589.
- [10] YASHIRO U. – Sexual asphyxia by hanging – A case report and review of the literature: *Legal medicine*, 2003, 5, 175-180.
- [11] ROUVIERE H., DELMAS H. – *Atlas aide mémoire d'anatomie*, Ed. Masson, 5^e édition.
- [12] ALQUIER P.H. – Pendaison et strangulation. *Concours Méd.*, 1976, 98, 2951-2961.

Les décès extra hospitaliers chez les mineurs de moins de 15 ans à Abidjan.

Aspects épidémiologiques et questions médico-légales

H. YAPO ETTE¹, K. BOTTI¹, M.-E. EBOUAT¹, M. DJODJO¹

RÉSUMÉ

Parmi les 14 377 cas de décès extra hospitaliers enregistrés à l'Unité de Médecine Légale d'Abidjan (UMLA) entre Janvier 2002 et Décembre 2007 (6 ans), 404 décès (soit 2,8 %) concernaient des mineurs de moins de 15 ans. L'âge moyen des enfants était de 8 ans indépendamment du sexe. Les garçons étaient les plus nombreux (60,6 %) pour un âge moyen de 8 ans contre 39,4 % de filles pour une moyenne d'âge identique. Le lieu de décès le plus fréquent était le domicile familial (37,9 %), cependant, les décès survenant sur la voie publique n'étaient pas négligeables (35,6 %). Cependant, les découvertes de cadavres d'enfants inconnus dans la nature (10,4 %) dont la cause de décès restait indéterminée dans 74 % des cas, ont soulevé des questions médico-légales auxquelles les médecins légistes tentent de répondre.

Mots-clés : Médecine Légale, Mineurs de 15 ans, Décès.

1. Unité de Médecine Légale d'Abidjan, Département de Médecine du Travail, Médecine Légale et Toxicologie, UFR des Sciences Médicales, Université d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire, 22 B.P. 1066 Abidjan 22, E-mail : hyapoette@yahoo.fr

SUMMARY***Extra Hospital Deaths among under 15 Year-Old Minors in Abidjan.
Aspects Epidemiological Features and Forensic Questions***

Among 14,377 extra hospital deaths recorded at the Forensic Unit of Abidjan between January 2002 and December 2007 (6 years), 404 deaths (2.8%) concerned minors under 15 years old. The average age of the children was of 8 years regardless of the sex. Boys were the most numerous (60.6%) for an average age of 8 years compared to 39.4% of girls for an average of identical age. The place of death the most frequent one was the family residence (37.9%), nevertheless, deaths occurring in public were not negligible (35.6%). However, the discoveries of corpses of unknown children in nature (10.4%) of which the cause of death remained indeterminate in 74% of the cases, raised forensic questions to which the pathologists attempt to reply.

Key-words: *Forensics, 15 year-old Minors, Death.*

INTRODUCTION

Le taux de mortalité est un bon indicateur de l'état de santé de la population en général et plus spécifiquement les enfants. Il reflète les conditions socio-économiques d'un pays. Cette mortalité est en outre un indicateur sensible de la disponibilité, de l'utilisation et de l'efficacité des services de santé. La connaissance du niveau de la mortalité permet d'identifier les populations cibles, d'évaluer l'impact des programmes actuels de santé et, en fin de compte, de définir une stratégie sanitaire appropriée.

La mortalité infanto-juvénile correspond à la mortalité qui affecte les enfants de la naissance jusqu'au cinquième anniversaire (non inclus). Elle se rapporte au nombre de décès d'enfants nés vivants de 0-4 ans révolus sur le nombre des naissances durant la même période (dans un même pays).

Sur le plan de l'intérêt médical et épidémiologique, l'analyse des taux et des causes de mortalité infanto-juvénile ainsi que de leur évolution est largement justifiée par l'importance du nombre de morts avant l'âge

de 1 an. La part très particulière de la mort subite inexpiquée du nourrisson, la mortalité d'origine violente et les problèmes de fiabilité des données, surtout durant la première année de vie (mortalité infantile) en sont les principales causes.

Les décès extrahospitaliers sont gérés par les instituts médico-légaux dont les taux de décès sont pris en compte dans la mortalité globale à partir des certificats de décès. Pour ce qui concerne les décès des enfants, les informations sur la cause de décès ne sont pas toujours transmises et contribuent à sous-estimer les chiffres relatifs aux morts violentes par accidents domestiques ou par homicides liés aux maltraitances [18, 23]. Ces causes de décès restent parfois indéterminées voire inexpiquées et constituent une entité [8].

En Afrique noire, les taux de mortalité rapportés chez les enfants sont importants et sont liés à de grands fléaux sociaux tels que le paludisme, les maladies diarrhéiques et le SIDA [7, 13, 14, 16, 18, 19]. Ces maladies sont préoccupantes pour les pédiatres et les organismes internationaux tels que l'OMS, l'UNICEF et les institutions internationales de développement (Banque mondiale, banque africaine de développement

et Fond européen de développement). Cette préoccupation amène à s'interroger sur les raisons pour lesquelles la mort subite inexpliquée du nourrisson ou les causes de mortalité extrahospitalière en Afrique sont moins documentées que la mortalité hospitalière. Pourtant, des études médico-légales africaines bien que peu nombreuses ont relaté les forts taux de mortalité extrahospitalière dus en premier lieu aux accidents routiers, aux homicides liés à la montée de la violence observée notamment pendant les guerres. Elles ont également soulevé le problème des décès de cause indéterminée [2, 3, 15].

I. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

• *Objectif général*

L'objet de notre étude est de contribuer à réduire la mortalité chez les enfants en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD4 = réduire le taux de mortalité infantile des deux tiers d'ici 2015).

• *Objectifs spécifiques*

- ✓ déterminer les caractéristiques épidémiologiques des décès extra hospitaliers chez les enfants de moins de 15 ans enregistrés à l'Unité de Médecine Légale d'Abidjan ;
- ✓ soulever et partager des questions d'ordre médico-légal pour certains de ces décès dont les circonstances et les causes de la mort restaient définitivement indéterminées ;
- ✓ favoriser la prise en charge par les autorités judiciaires des décès extra hospitaliers.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective à visée descriptive sur une période de 6 ans (Janvier 2002 à Décembre 2007). Pendant cette période, l'UMLA a pris en charge 14 377 décès extrahospitaliers (examens de corps et autopsies médico-légales), tous âges confondus parmi lesquels 404 décès d'enfants de moins de 15 ans. Pour ces décès, une réquisition de Police, de Gendarmerie ou une Ordonnance du Parquet avait été adressée aux fins d'examen externe ou d'autopsie médico-légale. Nous avons consulté les rapports d'exams externes et d'autopsies médico-légales afin de

recueillir les données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, la nationalité, la situation scolaire et le lieu de résidence. De même, les données relatives au décès à savoir les circonstances de survenue de la mort, l'acte médico-légal pratiqué sur le corps et les causes de décès quand elles étaient connues, ont été relevées.

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques (Tableau I)

Les décès chez les mineurs de moins de 15 ans (404 cas colligés) représentaient 2,8 % de l'ensemble des décès extrahospitaliers (14 377 cas) pris en charge à l'Unité de Médecine Légale d'Abidjan durant la période étudiée.

• **Nationalité, sexe, âge**

72,3 % de ces enfants étaient de nationalité ivoirienne.

Quelle que soit la tranche d'âge, il y avait une nette prédominance masculine (60,6 %), soit un sex-ratio égal à 1,5.

L'âge moyen était de 8 ans (âges extrêmes : 1 jour à 14 ans) indépendamment du sexe.

La tranche d'âge la plus touchée était celle des 10-14 ans (191 cas soit 47,3 %).

Soulignons que les enfants de la tranche d'âge 0-5 ans étaient dans 80 % des cas (n = 32), des nouveaux nés (1 à 30 jours : n = 29) et des nourrissons (1 mois à 2 ans : n = 3) qui n'avaient pas été identifiés et par conséquent, étaient étiquetés sous « X », c'est-à-dire inconnus.

• **Scolarisation**

Le statut scolaire de ces mineurs était connu dans environ 96 % des cas, dont 49 % étaient scolarisés avant la survenue du décès.

2. Aspects médico-légaux

• **Lieu de survenue du décès ou lieu de découverte du cadavre**

Les lieux de survenue des décès ou de découverte des cadavres étaient précisés sur les réquisitions. Le

tableau II donne la répartition des décès en fonction du lieu de survenue du décès quand il est connu ou le lieu de découverte du corps quand les circonstances de survenue de la mort ne sont pas précisées.

Les décès à domicile concernaient tous les enfants décédés sur leur lieu d'habitation.

Les décès enregistrés sur la voie publique étaient ceux qui relevaient d'un accident de la circulation routière. La majorité des décès survenaient dans ces deux types de contextes.

Les découvertes de cadavres en milieu aquatique étaient des cadavres repêchés soit de la lagune (lagune

Ebriée), soit de la mer (océan atlantique) soit dans 1 cas, d'une fosse septique.

Quant aux découvertes de cadavres dans la nature, elles concernaient les corps d'enfants retrouvés soit dans des poubelles, soit sur des décharges publiques, soit dans des caniveaux au bord des routes ou sur des terrains vagues.

Parmi les décès à domicile, la tranche d'âge la plus touchée était celle des grands enfants (10-14 ans : 54,2 %).

Il en était de même pour les accidents de la voie publique (50 %), bien que les enfants plus jeunes (5-

Tableau I : Répartition des décès extrahospitaliers des mineurs de moins de 15 en fonction des paramètres épidémiologiques (n = 404).

Paramètres épidémiologiques	Effectifs	Pourcentage (%)
1) Tranches d'âge (années)		
[0 – 5]	40	9,9
[5 – 10]	173	42,8
[10 – 14]	191	47,3
2) Sexe		
masculin	245	60,6
féminin	159	39,4
3) Nationalité		
ivoirienne	292	72,3
non ivoirienne	72	17,8
non précisée	40	9,9
4) Situation scolaire		
scolarisé	191	49,3
non scolarisé	188	46,5
non précisée	25	6,2

Tableau II : Répartition des décès en fonction du lieu de survenue du décès ou du lieu de découverte du cadavre.

Lieux de survenue du décès ou de découverte du cadavre	Effectifs	Pourcentage (%)
Domicile	153	37,9
Voie publique	144	35,6
Au cours du transfert vers un centre de santé	27	6,7
Découverte en milieu aquatique	37	9,2
Découverte dans la nature	43	10,6
Total	404	100

Tableau III : Répartition des décès selon le lieu de survenue du décès ou le lieu de découverte du cadavre et les tranches d'âge.

Lieux de survenue du décès ou de découverte du cadavre	Tranches d'âge (an)			
	[0 – 5]	[5 – 10]	[10 – 14]	Total
Domicile	3 (2 %)	67 (43,8 %)	83 (54,2 %)	153 (37,9 %)
Voie publique	3 (2,1 %)	69 (47,9 %)	72 (50 %)	144 (35,6)
Au cours du transfert vers un centre de santé	2 (7,4 %)	17 (63 %)	8 (29,6 %)	27 (6,7)
Découverte en milieu aquatique	0	16 (43,2 %)	21 (56,8 %)	37 (9,2 %)
Découverte dans la nature	32 (74,4 %)	4 (9,3 %)	7 (16,3 %)	43 (10,6)
Total	40 (9,9 %)	173 (42,8 %)	191 (47,3 %)	404 (100 %)

10 ans) ne fussent pas non plus épargnés (47,9 %). Et c'était également ces deux tranches d'âge qui représentaient les cadavres repêchés de la lagune ou de la mer.

Les enfants dont le décès était survenu au cours de leur transfert en milieu hospitalier étaient surtout âgés de 5 à 10 ans.

Quant aux cadavres découverts dans la nature, ils concernaient en premier lieu, les nouveaux nés (29 cas) et les nourrissons (3 cas) qui ont été classés dans la tranche d'âge 0-5 ans.

En ce qui concerne les circonstances de survenue des décès indiquées dans le tableau IV, elles avaient été également relevées à partir du contenu des réquisitions.

Les maladies étaient des circonstances évoquées pour la plupart des décès à domicile.

Les 6 décès enregistrés au cours d'un glissement de terrain avaient été classés parmi les décès à domicile parce qu'ils étaient survenus pendant la nuit, dans des habitations de quartiers précaires, à l'occasion de fortes pluies. Enfin, dans un cas de décès à domicile, il s'agissait d'un jeune garçon qui avait été renvoyé chez lui après avoir été renversé par un véhicule et qui était mort quelques heures plus tard des suites d'un hématome extra dural.

Tous les décès survenus sur la voie publique relevaient d'un accident de la route.

Les décès survenus au cours du transfert vers un centre hospitalier étaient dus pour la plupart à une mala-

die. Aucun décès lié à un accident routier n'a été enregistré dans cette circonstance de transfert.

Pour la majorité des cadavres repêchés de l'eau et ceux découverts dans la nature, les circonstances de survenue des décès restaient indéterminées. Les 3 cas de noyade accidentelle, avaient été confirmés à l'autopsie complétée un examen anatomopathologique des poumons et l'analyse toxicologique des liquides biologiques prélevés. Quant aux 10 cas d'homicides par arme à feu, ils relevaient des manifestations sociopolitiques qu'avait connues la Côte d'Ivoire entre 2002 et 2004.

• Actes médico-légaux pratiqués

Parmi ces 404 décès seulement 23 corps (soit 5,7 %) ont subi une autopsie médico-légale, la majorité ayant fait l'objet d'un simple examen externe de corps (Tableau V).

Sur les 381 examens externes de corps d'enfants effectués, 260 (soit 68,2 %) l'ont été sur des cadavres en bon état de conservation tandis que 121 (31,8 %) ont été effectués sur des cadavres putréfiés.

Les cadavres relevant des décès à domicile, des accidents de la voie publique et survenus pendant le transfert dans un centre de santé étaient dans la majorité des cas bien conservés. Ce n'était pas le cas pour l'ensemble des cadavres découverts dans la nature qui se trouvaient dans un état de putréfaction avancée.

S'agissant des autopsies (n = 23), elles avaient été demandées pour des décès survenus dans des circonstances diverses et pour toutes les tranches d'âge, aussi

Tableau IV : Répartition des décès selon le lieu de survenue du décès ou le lieu de découverte du cadavre, les circonstances de survenue du décès et les tranches d'âge.

Lieux de survenue du décès ou de découverte du cadavre et circonstances de survenue du décès	Effectifs			
	Tranches d'âge (an)			
	[0 - 5]	[5 - 10]	[10 - 14]	Total
Domicile				
- maladies	1	62	81	153 (37,9 %)
- éboulement de terrain	2	3	1	
- accidents domestiques		2		
- accident de la voie publique			1	
Voie publique				
- accidents de la circulation routière	3	69	72	144 (35,6)
Au cours du transfert vers un centre de santé				
- maladies	2	15	6	27 (6,7)
- homicide par coups et blessures		2		
- homicide par arme blanche			2	
Découverte en milieu aquatique				
- noyade accidentelle	0	3	1	37 (9,2 %)
- circonstance indéterminée		13	20 (54 %)	
Découverte dans la nature				
- circonstance indéterminée	32 (74,4 %)			43 (10,6)
- homicide par arme à feu		3	7	
- homicide par arme blanche (décapitation)		1		
Total	40 (9,9 %)	173 (42,8 %)	191 (47,3 %)	404 (100 %)

bien chez les filles (11 autopsies) que chez les garçons (12 autopsies).

Le plus grand nombre d'autopsies avaient été demandé pour les enfants âgés de 5 à 10 ans (n = 12) et pour les décès à domicile (n = 8) dont toutes les victimes du glissement de terrain (n = 5). Pour ces dernières, la mort était due à une asphyxie par suffocation. Les autres cas de décès à domicile étaient dus à un hématome extra dural des suites d'un accident de la circulation routière, une rupture d'anévrisme et une cardiopathie responsables de morts subites.

Une autopsie avait été demandée pour 6 cas d'accidents de la voie publique parce qu'ils posaient des problèmes de responsabilité.

Les 4 cadavres repêchés avaient été autopsiés sur insistance de la famille auprès des autorités de police. La noyade a été diagnostiquée dans 2 cas et dans les 2 autres cas la cause de la mort n'avait pas été déterminée en raison d'un état de putréfaction avancée des corps.

Les corps relevant d'un décès au cours du transfert vers un centre de santé avaient subi une autopsie pour

homicide par coups et blessures (n = 2 dont la cause de décès = hémorragie méningée) et pour homicide par arme blanche (n = 2 dont les causes de décès pour l'un, était une plaie du cœur et pour l'autre, une plaie de l'estomac).

Un seul cas de découverte d'un petit garçon dans la nature a fait l'objet d'une autopsie pour homicide par ce que l'affaire avait été très médiatisée. Il s'agissait d'un homicide par égorgement (décapitation).

Enfin, les cadavres découverts dans la nature bien que relevant de circonstances indéterminée n'ont pratiquement pas fait l'objet d'une demande d'autopsie médico-légale.

IV. DISCUSSION

En Côte d'Ivoire comme dans de nombreux pays d'Afrique noire, la thanatologie médico-légale est encore mal connue de la justice et de la population. Cela constitue un frein important à la protection et à la prise en charge de certains groupes vulnérables vic-

Tableau V : Répartition décès selon le lieu de survenue du décès ou le lieu de découverte du cadavre et l'acte médico-légal pratiqué.

Lieux de survenue du décès ou de découverte du cadavre	Examens externes de corps	Autopsies médico-légales	Total
Domicile	145 (35,9 %)	8 (2 %)	153 (37,9 %)
Voie publique	138 (34,1 %)	6 (1,5 %)	144 (35,6)
Au cours du transfert vers un centre de santé	23 (5,7 %)	4 (1 %)	27 (6,7)
Découverte en milieu aquatique	33 (8,1 %)	4 (1 %)	37 (9,2 %)
Découverte dans la nature	42 (10,4 %)	1 (0,2 %)	43 (10,6)
Total	381 (94,3 %)	23 (5,7 %)	404 (100 %)

times de violences. C'est pourquoi notre étude a ciblé les mineurs de moins de 15 ans, dont le décès en milieu extra-hospitalier pourrait découler de ces violences. Pour bon nombre d'entre eux, en effet, les circonstances de survenues des décès ne sont pas connues.

Les résultats de notre étude sont tirés essentiellement d'examens médico-légaux externes qui ont permis de dégager quelques éléments d'épidémiologie et certains aspects médico-légaux relatifs aux décès des enfants enregistrés en dehors des milieux hospitaliers de la ville d'Abidjan. Ces décès représentaient 3 % environ de l'activité thanatologique de l'Unité Médico-Légale d'Abidjan sur une période de 6 ans (2002 à 2007). Bien que ce pourcentage paraisse faible, il n'en concerne pas moins un groupe cible particulièrement vulnérable et qui mérite de bénéficier d'une prise en charge appropriée de la part de tous les intervenants des systèmes judiciaire et sanitaire (magistrats, officiers de police judiciaire, médecins légistes...).

Les décès survenant à domicile et sur la voie publique au cours d'accidents de la circulation étaient les plus nombreux avec respectivement 37,9 % et 35 % de l'ensemble des décès extra-hospitaliers. Ce profil est identique à celui rapporté par les auteurs dans une série ivoirienne incluant tous les âges [10]. La tranche d'âge la plus représentée concernait les mineurs de 10 à 14 ans (Tableaux II et III). Cette tranche d'âge prédominait également parmi les enfants de la série de Mandong au Nigéria [15].

Ces décès à domicile initialement rapportés comme relevant de maladies, n'ont pas été confirmés par les autopsies car elles n'étaient pas demandées systéma-

tiquement. En se basant donc sur le simple examen externe de corps, ces morts à domicile supposées liées à une maladie avaient été classées comme « *morts naturelles* ». Elles représentaient à elles seules 144 cas soit 94 % des décès à domicile tous les âges confondus et 35,6 % de l'ensemble des décès extra-hospitaliers enregistrés (Tableau IV). Ce résultat pourrait être surestimé du fait de l'absence de confirmation par l'autopsie et au regard de la série de Naso aux USA [21] qui relevait un pourcentage de morts naturelles atteignant 42 %. Il ne concorde pas non plus à ceux de Batalis [4] et d'Aligbe [1] qui rapportent les accidents de la voie publique comme première cause de décès dans leurs études.

Par ailleurs, de nombreux auteurs présentent le domicile comme le lieu de prédilection des homicides commis par les parents, en rapport avec des maltraitances [5, 6, 12, 17, 22]. Notre étude ne rapporte que deux cas d'accidents domestiques (tableaux IV) imputables, l'un à une électrocution et l'autre à un incendie. Nous n'avons pas enregistré d'homicides à domicile.

Aucun cas de suicide n'a été signalé parmi les décès d'enfants que nous avons enregistrés. Cependant, ces résultats tout comme ceux des homicides pourraient être sous-estimés dans la mesure où la plupart des corps n'ont pas été autopsiés.

Au regard :

- 1°) des biais que peuvent constituer les contenus des réquisitions et les examens externes qui sont insuffisants [9] pour établir un diagnostic précis de la cause de la mort, et

- 2°) des données de la littérature qui tendent à indiquer que les décès des mineurs à domicile peuvent découler de violences et mauvais traitements [5, 6],

notre diagnostic de « morts naturelles » pour tout décès survenant au domicile et rapporté comme découlant de maladie doit être un **diagnostic réservé** qui appelle des réflexions et investigations supplémentaires.

Pour mener cette réflexion, nous avons choisi de renoncer à classer nos décès suivant les formes médico-légales habituelles à savoir : « morts criminelles », « morts accidentelles », et « morts suicidaires ». Nous avons plutôt choisi de recourir à une classification se limitant aux catégories suivantes : « morts naturelles », « morts violentes », et « morts suspectes ». La figure 1 ci-dessous établit la relation entre cette dernière classification et nos catégories de décès.

Les bûbes « X » c'est-à-dire inconnus étaient les plus nombreux parmi les « découvertes dans la nature » (32/43, soit 74,4 %) tandis que les « cadavres repêchés » ne comportaient que des enfants de 5 à 14 ans, avec une prédominance des adolescents de 10 à 14 ans (20/37, soit 54 %). Dans la majorité des cas de morts dites « indéterminées », les cadavres étaient en état de putréfaction avancée (tableau V), ce qui ajoutait à la complexité de la recherche de la cause exacte de la mort. Or, une des missions qui incombent au médecin légiste en matière de thanatologie médico-légale, c'est la recherche

de la cause exacte de la mort d'un individu. Cette cause exacte ne peut être déterminée qu'à l'aide d'une autopsie souvent complétée par des examens biologiques notamment à visée toxicologique et anatomopathologique. Cette démarche a très souvent permis de révéler des causes parfois insoupçonnées qu'un simple examen externe n'est pas en mesure d'identifier [9].

On rappellera que du point de vue médico-légal, le diagnostic de « *mort de cause indéterminée* » ne peut être posé qu'au terme d'une autopsie assortie d'investigations complémentaires parfois sophistiquées.

Les résultats de notre étude, bien que réalisée à l'Unité de Médecine Légale, ne découlent pas principalement de l'autopsie médico-légale et encore moins d'investigations complémentaires. Dans ces conditions, la notion de « *mort de cause indéterminée* » n'est pas appropriée dans le contexte du fonctionnement de la médecine légale en Côte d'Ivoire et plus généralement en Afrique Occidentale. Cette situation doit amener le médecin légiste :

- ✓ soit à rechercher une classification plus adaptée aux réalités du contexte d'exercice thanatologique dans cette région du monde ;
- ✓ soit à promouvoir une meilleure collaboration entre l'équipe médico-légale et les autorités judiciaires visant à améliorer la prise en charge des morts aux circonstances indéterminées et

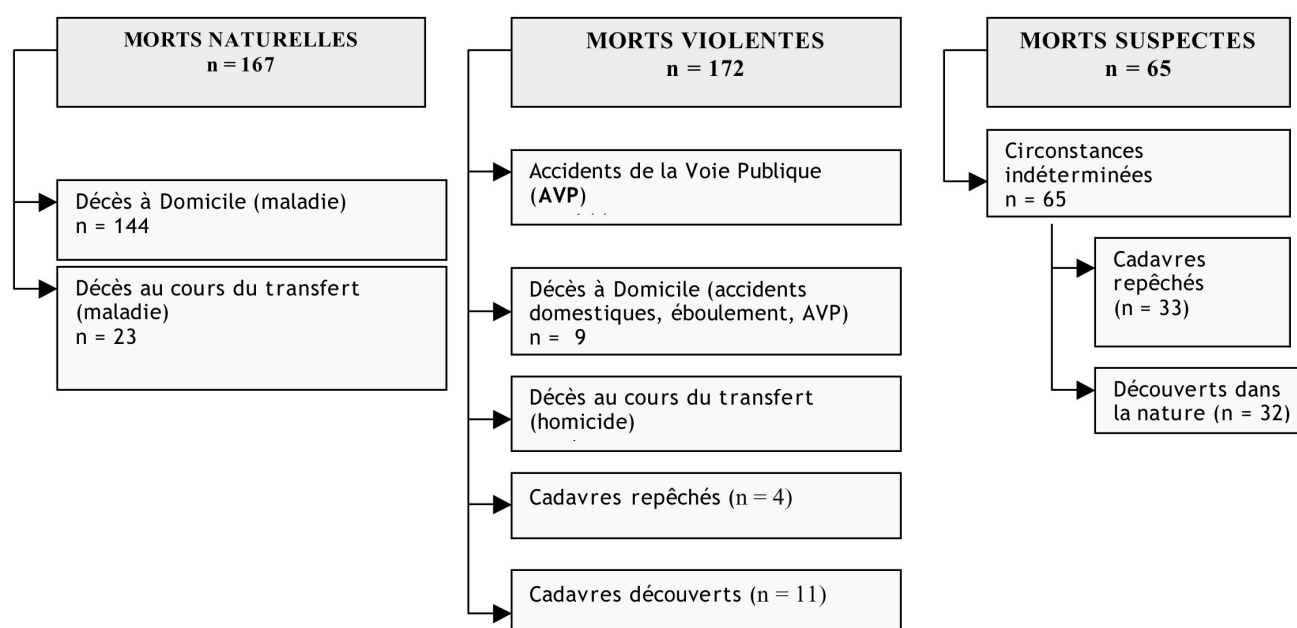


Figure 1.

pouvant déboucher sur une nouvelle politique de partenariat.

Nos constatations et les remarques qui précèdent amènent à poser et à partager des questions d'ordre médico-légal, les unes à caractère institutionnel, les autres à caractère socio-anthropologique.

Les questions à caractère institutionnel visent d'une part le dispositif d'intervention des autorités judiciaires en rapport avec le traitement des décès extra hospitaliers et plus spécifiquement les mineurs, d'autre part la mise en place de mesures de lutte contre les violences à l'encontre des mineurs, ce qui requiert un fort engagement des politiques. Ces questions médico-légales sont les suivantes :

- ✓ Quels sont les obstacles à la demande d'autopsies médico-légales de la part des autorités judiciaires ivoiriennes ?
- ✓ Les magistrats et officiers de police judiciaire ont-ils une formation compatible avec le rôle qu'ils ont à jouer dans les affaires médico-légales ?
- ✓ Quelle est la part des « morts violentes » parmi les « morts à domicile » et les « morts suspects » ?
- ✓ Ces morts ne dissimulent-elles pas des actes criminels tels que des infanticides ?

S'il s'avérait que cela soit le cas, il en découle d'autres questions à caractère socio-anthropologique :

- ✓ Quelle est l'ampleur du phénomène de violences intrafamiliales commis contre les enfants ?
- ✓ Parmi les morts violentes, quelle serait la part des morts criminelles (infanticides...) ?
- ✓ Quelles sont les motivations des coupables de ces « crimes » ?

Les réponses à caractère institutionnel ne suffiront pas à résoudre les problèmes évoqués. Une démarche du médecin légiste vers les communautés concernées apparaît, d'ores et déjà, comme une composante essentielle, nécessaire et inéluctable, des mesures à mettre en place. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ALIGBE J.U., AKHIWU W.O., NWOSU S.O. – Prospective study of coroner's autopsies in Benin City, Nigeria. *Med. Sci. Law.*, 2002, 42, 4, 318-24.
- [2] ALIHONOU E., DAN V., AYIVI B., SOSSOU E.C., GANDHO T., KOUMAKPAI S. – Mortalité néonatale au centre national hospitalier et universitaire de cotonou : incidence, causes et moyens de lutte. *Médecine d'Afrique Noire*, 1991, 38 11, 745-51.
- [3] BAH H., MATHIEU A., SOUMAH M., TELMON N. – Bilan et particularités de trois années d'activités médico-légales en Afrique noire francophone (Guinée). *Journal de médecine légale droit médical*, 2006, 49, 6, 245-249.
- [4] BATALIS N.I., COLLINS K.A. – Adolescent death: a 15-year retrospective review. *J. Forensic Sci.*, 2005, 50, 6, 1444-9.
- [5] BENNETT M.D. JR, HALL J., FRAZIER L. JR, PATEL N., BARKER L., SHAW K. – Homicide of children aged 0-4 years, 2003-04: results from the National Violent Death Reporting. *System. Inj. Prev.*, 2006, 12 Suppl 2, 39-43.
- [6] BERKOWITZ C.D. – Fatal child neglect. *Adv. Pediatr.*, 2001, 48, 331-61.
- [7] BOBOSSI SERENGBE G., YACOB S., N'GUEMBI E., YASSIBANDA S., FIKOUMA V., TEMBETI P., OUILIBONA S. F. – Aspects épidémiologiques et cliniques du SIDA : au complexe pédiatrique de Bangui (Centrafrique). *Médecine d'Afrique Noire*, 2003, 50, 5, 241-45.
- [8] COPIN G. – Mort subite du nourrisson : recommandations de l'American Academy of Pediatrics. *Médecine et Enfance*, 2006, 26, 2, 128-31.
- [9] DE LA GRANDMAISON G.L., FERMANIAN C., DURIGON M. – Analysis of Discrepancies Between External body Examination and Forensic Autopsy. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 2008, 29, 1, 40-2.
- [10] ETTÉ J., ETTÉ H. – Itinéraire thérapeutique des « morts à domicile ». Incidences socio-économiques et motivations des recours aux structures de soins publiques et privées. Publié dans *Le modèle ivoirien en questions. Crises, ajustements, recompositions* de Bernard Contamin et Harris Memel-Fotê (éds). Éditions Karthala et Ors Tom, 1997, 123-136.
- [11] JENNY C., ISAAC R. – The relation between child death and child maltreatment. *Arch. Dis. Child.*, 2006, 91, 3, 265-9.
- [12] KNIGHT L.D., COLLINS K.A. – A 25-year retrospective review of deaths due to pediatric neglect. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 2005, 26, 3, 221-8.
- [13] KOKI NDOMBO K. – Prise en charge des enfants victimes du Sida en milieu africain. *Archives de Pédiatrie*, 1999, 6, Supplément 2, S313-S314.
- [14] LE HESRAN J.-Y. – Les particularités du paludisme chez l'enfant. *Médecine Tropicale*, 2000, 60, 1.
- [15] MANDONG B.M., MANASSEH A., UGWU B.T. – Medico-legal autopsies in North Central Nigeria. *East Afr. Med. J.*, 2006, 83, 11, 626-30.

- [16] MBIKA CARDORELLE A., MOYEN G. – Le sida en soins intensifs pédiatriques. *Médecine d'Afrique Noire*, 1998, 45, 1, 29-32.
- [17] MC GOWAN A.K., CROSBY A.E., LA HASBROUCK M., BOULTON M.L., KANLUEN S., MASERU N.A. – Child and adolescent violent death: an epidemiologic investigation. *J. Natl. Med. Assoc.*, 2006, 98, 2, 158-64.
- [18] MICHEL E., BOCQUIER A., VERGER P. – La fiabilité des causes médicales de décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Santé publique*, 2008-1 (Vol. 20), ISSN 0995-3914, p. 29 à 38.
- [19] MONGIN C. – Le paludisme, un défi majeur. *Développement et santé*, n° 189, 2008.
- [20] MUTOMBO T. – Mortalité Néonatale dans un Hôpital Rural : Cas de l'Hôpital Protestant de Dabou (Côte d'Ivoire). *Médecine d'Afrique Noire*, 1993, 40, 7, 471-9.
- [21] NASO C., JENKINS A.J., YOUNGER D.I. – A Study of Drug Detection in a Postmortem Paediatric Population. *J. Forensic Sci.*, 2008, 53, 2, 483-90.
- [22] ROMAIN N., MICHAUD K., HORISBERGER B., BRANDT-CASADEVALL C., KROMPECHER T., MANGIN P. – Childhood homicide: a 1990-2000 retrospective study at the Institute of Legal Medicine in Lausanne, Switzerland. *Med. Sci. Law*, 2003, 43, 3, 203-6.
- [23] TURSZA A., CROST M., GERBOUIN-REROLLE P., BEAUTÉ J. – Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Etude auprès des parquets. *Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)*, 2005 <http://hdl.handle.net/2332/1293>.

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2009

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



BULLETIN D'ABONNEMENT 2009 / SUBSCRIPTION FORM 2009

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address
.....

Code postal / Zip Code Ville / Town Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue de / I wish to subscribe to

« **Journal de Médecine Légale Droit Médical** »

☐

« **Journal d'Économie Médicale** »

☐

« **Journal International de Bioéthique** »

☐

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

Une grossesse révélant un phéochromocytome bilatéral

À propos d'un cas

F. AIT BOUGHIMA*, A. BELHOUS, R. ABOU EL MAAZ*, H. BENYAICH***1,
S. ZAMIATI***, A. OUAKKADI*2**

RÉSUMÉ

Le phéochromocytome est une tumeur rare responsable d'une hypertension artérielle (HTA) paroxystique, difficilement contrôlable. Son diagnostic permet souvent de traiter radicalement l'HTA et d'en prévenir les complications à long terme. Peu de cas de phéochromocytome survenant chez des patientes en période de grossesse sont rapportés. Ils posent un double problème diagnostique et thérapeutique.

Nous rapportons le cas d'une parturiente de 37 ans, qui a présenté au 3^e trimestre une hypertension artérielle à 140/90 mmHg traitée comme toxémie gravidique. L'accouchement est fait par voie césarienne à terme. Les suites opératoires ont été marquées par l'installation de douleurs épigastriques et d'une anurie avec agitation évoluant vers un coma profond avec mydriase aréactive bilatérale. Elle décéda à J1 du post partum.

L'autopsie que nous avons réalisée a révélé deux formations des deux loges rénales, d'allure kystique et à contenu hématique dont l'examen anatomopathologique était en faveur d'un phéochromocytome bilatéral avec infiltration de la graisse péri-surrénalienne.

Le phéochromocytome est une cause rare d'hypertension artérielle. Sa révélation au cours de la grossesse pose le problème de diagnostic différentiel avec la toxémie gravidique.

Mots-clés : Grossesse, Phéochromocytome, Mortalité.

* Résident, ** Professeur assistant, *** Chef du service.

1. Service de Médecine Légale

2. Service d'anatomopathologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

SUMMARY

A Pregnancy Revealing a Bilateral Pheochromocytoma: A Case Study

Pheochromocytoma is a rare tumor responsible for paroxysmal arterial hypertension, which is difficult to control. Its diagnosis often allows to radically treat the arterial hypertension and to prevent long term complications. Few cases of pheochromocytoma arising in pregnant patients are reported. They present both a diagnostic and therapeutic problem.

We rapport the case of a 37 year-old parturient, who, during the 3rd trimester, presented arterial hypertension of 140/90 mmHg treated as severe toxemia. The delivery was done by cesarian at the due date. Postoperative course was marked by epigastric pain and an anuria leading to a sudden coma with bilateral asymmetric mydriasis. She died one day postpartum.

The autopsy which we conducted revealed two formations of both renal spaces, Pseudocystic hepatic and contained blood in which the anatomopathologic examination was in favor of a bilateral pheochromocytoma with an infiltration of extra-adrenal fat.

Pheochromocytoma is a rare cause of arterial hypertension. Its revelation during pregnancy poses the problem of differential diagnosis with severe toxemia.

Key-words: *Pregnancy, Pheochromocytoma, Mortality.*

INTRODUCTION

Le phéochromocytome est une tumeur rare, sa survenue au cours d'une grossesse est une situation exceptionnelle comportant des risques vitaux maternels et fœtaux.

En absence de diagnostic, le pronostic est désastreux, avec une mortalité maternelle de 25 % et fœtale de 55 %.

Des techniques de biologie et d'imagerie permettent aujourd'hui la confirmation du diagnostic. La principale difficulté réside plutôt dans l'évocation du diagnostic devant toute hypertension artérielle gravidique rebelle au traitement.

CAS CLINIQUE

1. Circonstances du décès

H..., parturiente de 37 ans, troisième geste, troisième part, sans antécédent pathologique particulier, menant une grossesse suivie et présumée à terme. Elle a présenté une hypertension artérielle chiffrée à 140/90 mm Hg traitée comme toxémie gravidique au 3^e trimestre de sa grossesse. L'évolution a été marquée par l'installation de vomissements, d'un brouillard visuel et d'œdème des membres inférieurs ayant nécessité son hospitalisation. Un accouchement par voie césarienne a été indiqué donnant naissance à un nouveau-né de sexe masculin.

En post-partum, la parturiente a présenté une agitation, une douleur épigastrique et une anurie. Cliniquement, elle était inconsciente (score de Glasgow chiffré à 05/15) et avait une mydriase aréactive bilatérale, un abdomen légèrement distendu et un bon globe de sécurité.

Le bilan biologique a trouvé une anémie (hémoglobininémie à 4,6 g/l) avec un taux de plaquettes, l'uricémie et la créatinémie normaux. Elle décéda à J1 du post-partum.

2. Constatations autopsiques

Le corps est celui d'une femme de moyenne corpulence. L'autopsie révèle :

- ✓ Un saignement vaginal ;
- ✓ Une plaie opératoire pelvienne transversale de 12 cm, suturée ;
- ✓ Un œdème cérébral diffus ;
- ✓ Deux formations d'allure kystique et à contenu hématique adhérentes au pôle supérieur de chaque rein ;
- ✓ Un hématome intra-utérin pesant 360 g.

3. L'étude histologique

L'examen anathomo-pathologique des deux formations kystiques a révélé un aspect morphologique en faveur d'un phéochromocytome bilatéral avec infiltration de la graisse péri-surrénalienne (voir figures 1 et 2).

DISCUSSION

Le phéochromocytome est une tumeur généralement développée au dépend de la médullo-surrénale ; constituée de tissu chromaffine et qui sécrète en quantité excessive, de façon exclusive ou plus souvent associée, les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) ou leurs précurseurs : la dopamine. Ils sont malins dans 10 % des cas.

Jusqu'en 1995, la littérature recensait moins de 200 cas de phéochromocytomes diagnostiqués au cours de la grossesse, avec une prévalence de l'ordre de 1 pour 54 000 grossesses. La rareté de cette association et sa similitude avec l'HTA gravidique expliquent la fréquence des diagnostics méconnus pendant la grossesse : 87 % en 1969 pour Hendee, 66 % en 1982 pour Schen-

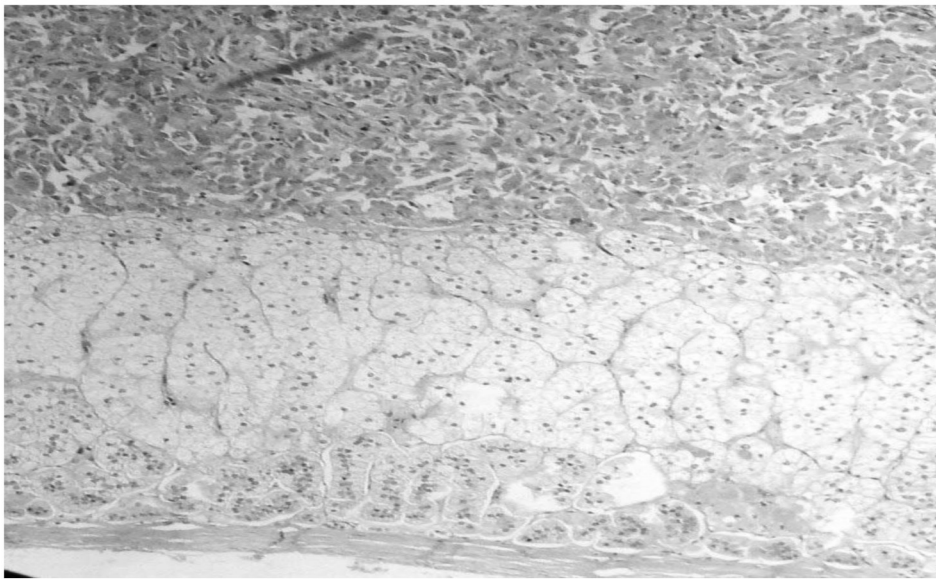


Figure 1 : Coupe histologique du parenchyme surrénalien siège d'une prolifération tumorale agencée en nappe diffuse et en cordons anastomosés.

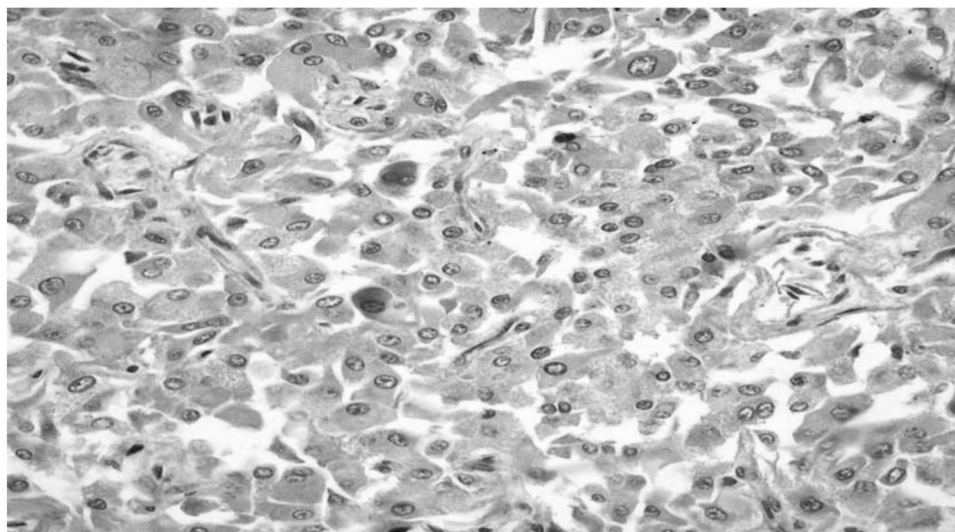


Figure 2 : Aspect histologique d'un processus tumoral surrénalien à cellules polygonales avec cytoplasme granuleux, éosinophiles, des prolongements cytoplasmiques et des noyaux pleomorphes.

ker et Granat, 47 % en 1989 pour Harper. Actuellement, les équipes obstétricales indiquent un chiffre de un cas de phéochromocytome pour 50 000 grossesses.

Le diagnostic d'un phéochromocytome doit être suspecté devant la présence de la triade céphalées-sueurs-palpitations associée à une hypertension artérielle, qui est caractéristique. Pour mémoire, cette triade n'est présente que dans 50 % des cas avec une spécificité relative. Une variabilité des tableaux cliniques de cette pathologie est possible; il peut s'agir des épisodes d'hypotension orthostatique associés à l'hypertension artérielle (75 %) ; d'une anxiété (18 %), des troubles visuels (17 %), d'une dyspnée (10 %), des convulsions (10 %) et d'une hyperthermie. Ainsi, le diagnostic au cours d'une grossesse doit être évoqué essentiellement en cas des hypertensions résistantes aux traitements usuels avec une uricémie et une protéinurie négatives. Le diagnostic différentiel est parfois difficile, comme l'illustre notre observation, notamment si l'hypertension artérielle se manifeste en péripartum et l'accouchement est réalisé le plutôt possible.

Le diagnostic est confirmé par le dosage des métanéphrines urinaires des 24 heures rapporté à la créatinine en dehors d'une crise hypertensive. Globalement, les résultats du dosage de catécholamines sont associés à une sensibilité moyenne estimée à environ 85 %. L'imagerie complète ce bilan pour localiser la tumeur. L'échographie, dont la sensibilité atteint 89 à 97 % pour les localisations surrénaliennes en dehors de la grossesse,

n'est plus fiable vu que l'utérus gravide gêne l'exploration échographique. Par conséquent, c'est la tomodensitométrie qui est réalisable. Toutefois, l'IRM est l'examen de référence pendant la grossesse, car non irradiant et très sensible. La scintigraphie MIBG a une sensibilité variant entre 80 % et 90 % et à une forte spécificité (90 %), elle est contre indiquée en cas de grossesse.

Un traitement médical à base d'un apha bloquant est indiqué pour traiter l'hypertension artérielle. Un bêta bloquant doit être associé aux apha bloquants pour contrôler leurs effets secondaires à savoir la tachycardie et les troubles du rythme cardiaque. L'ablation chirurgicale de la tumeur après stabilisation hémodynamique est indiquée par laparoscopie avant 24 semaines d'aménorrhée. Après ce terme, le traitement médical est proposé jusqu'à l'accouchement. Une césarienne sera programmée dès obtention de la maturité pulmonaire fœtale. Toutefois, elle est urgente si le pronostic vital de la parturiente est engagé.

Le pronostic maternel et foetal en cas d'association phéochromocytome et grossesse est conditionné par un diagnostic précoce et une prise en charge rapide du phéochromocytome. Jusqu'en 1971 Schenker et Chowers avaient recensé 89 cas pour lesquels la mortalité maternelle et foetale était supérieure à 50 % en raison d'un diagnostic tardif. Dans la série de Schenker et Granat en 1982, quand le diagnostic est fait avant l'accouchement la mortalité maternelle passe de 40 à 10 % et la mortalité foetale de 56 à 46 %; le traitement par

les alpha bloquants permet de réduire la mortalité foetale de 50 à 30 %.

CONCLUSION

Le phéochromocytome est une maladie rare qui peut se manifester pour la première fois au cours d'une grossesse.

Le clinicien doit savoir évoquer le diagnostic en cas de résistance de l'hypertension artérielle au traitement de la pré-éclampsie. La biologie et l'imagerie posent le diagnostic. Le traitement est chirurgical après stabilisation par les médicaments des chiffres tensionnels.

A l'heure actuelle, la prise en charge de cette affection au cours de la grossesse devient de plus en plus codifiée, ce qui permet considérablement d'améliorer le pronostic materno-foetal. ■

BIBLIOGRAPHIE

CASTAIGNE V., AFRIAT R., CAMBOURIS-PERRINE S., RADU S., DESDOUIT J., FREUNDL M. – Association phéochromocytome et

grossesse. A propos de 2 cas et revue de la littérature. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1998, 27, 622-624.

OGER P., RAIFFORT C., PLOUIN P.-F., MANDELBROT L. – Phéochromocytome et grossesse. A propos d'un cas. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2006, 34, 323-325.

BRUNAUD L., AYAV A., BRESLER L., KLEIN M., BOISSEL P. – Les problèmes diagnostiques du phéochromocytome. *Annales de chirurgie*, 2005, 130, 267-272.

MIRALLIÉ E., CARIOU B., KRAEBER-BODÉRE F. – Phéochromocytomes bilatéraux : Génétique et traitement. *Annales de chirurgie*, 2005, 130, 273-276.

DUGAS G., FULLER J., SINGH S., WATSON J. – Pheochromocytoma and pregnancy: a case report and review of anesthetic management. *Canadian Journal of Anesthesia*, 2004, 51, 134-138.

DAVID J., LYMAN MD. – Paroxysmal hypertension, Pheochromocytoma, and pregnancy. *J. Am. Board. Fam. Pract.*, 2002, 15, 153-8.

SHALHAV A.L., LANDMAN J., AFANE J., LEVI R., CLAYMAN J. R.V. – Laparoscopic adrenalectomy for primary hyperaldosteronism during pregnancy. *Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.*, 2000, 10, 3, 169-71.

BRUNAUD L., AYAV A., BRESLER L., KLEIN M., BOISSEL P. – Les problèmes diagnostiques du phéochromocytome. *Annales de chirurgie*, 2005, 130, 267-27.

De la responsabilité pénale à l'immunité pénale des professionnels de la santé

F. BOUKHOBZA*

RÉSUMÉ

L'évolution de la responsabilité médicale s'est accrue depuis ces deux dernières décennies, avec les nouvelles dispositions légales.

Dans ce contexte, la problématique de recherche va se situer à deux niveaux.

Dans une première partie, le cadre actuel de la responsabilité pénale du professionnel de santé est examiné.

Dans une deuxième partie, recherche fondamentale et discussion sont menées quant à la conception d'une immunité pénale à envisager pour le professionnel de santé. Sa justification, son intérêt et ses limites seront appréhendés.

Des pistes de solutions pratiques seront proposées afin de trouver une issue équitable, à la fois, pour le monde du droit et pour le monde de la médecine.

Mots-clés : Responsabilité pénale, Droit médical, Immunité pénale.

* Membre Titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire, Lauréate de l'Académie Nationale de Médecine, Expert Judiciaire près la Cour d'Appel de Paris, Doctorante en Droit Médical Paris VIII, Master II Recherche Spécialité Droit de la Santé, Médical et Médico-social de l'Université Paris VIII.

Adresse : 27, rue Jean-Jacques Rousseau, 75001 Paris, France.

SUMMARY

From Penal Responsibility to Penal Immunity of Healthcare Practitioners

The evolution of medical responsibility has been increasing over the last two decades with new legal regulation.

Withing this context, the issue of our research is organized on two levels.

In the first part, the current framework of penal responsibility of healthcare practitioners is examined.

In the second part, fundamental research and discussion are conducted regarding the conception of penal immunity to envision for healthcare practitioners. Its justification, its interest and its limits are outlined.

Possible ideas for practical solutions are put forth in order to find a fair compromise, both for the legal and medical worlds.

Key-words: Penal Responsibility, Medical Law, Penal Immunity.

Article tiré du mémoire « **De la responsabilité pénale à l'immunité pénale des professionnels de la santé** » du Dr Florine BOUKHOBZA sous la direction de Mr Olivier SAUTEL, Maître de Conférences à la Faculté de Droit de Montpellier, Directeur du DU Droit et santé, Membre de la CRCI Languedoc Roussillon.

Prix Serge GAS décerné par l'Académie Nationale de Médecine, en 2007.

INTRODUCTION

« *La science sans conscience n'est que ruine de l'âme* »

De François RABELAIS

La problématique du sujet choisi relève de faits de société actuelle :

- ✓ Ces faits concernent l'augmentation croissante de plaintes pénales à l'encontre des profes-

sionnels de la santé, depuis ces deux dernières décennies ;

- ✓ Parallèlement, une branche récente du droit se développe : le droit médical.

En effet, l'évolution de la jurisprudence et des lois, en matière médicale, a bouleversé les rapports de chaque individu de droit avec la santé, que ce soit le juriste, le médecin ou le patient.

Le juriste apprécie les fondements des lois nouvelles pour asseoir ses décisions.

Le médecin se voit, lui, octroyer une pression grandissante de sa responsabilité médicale.

Le patient, quant à lui, se voit attribuer un accroissement favorable, notable de ses droits.

Et, ceci, se passe dans un contexte sociétal, en pleine mutation, avec l'**émergence d'un ordre consumériste**, d'une part, et l'émergence d'**une préoccupation devenue importante, quasi-sacrée, la santé**, d'autre part.

Mais, cette charge juridique de responsabilité médicale est vécue par le médecin comme une surcharge, en plus de celle d'avoir le poids des prises de décisions sur la vie ou sur la mort du patient, au quotidien dans son exercice.

Elle est d'autant plus mal tolérée quand elle concerne la responsabilité pénale, punitive, sous le couvert de l'Ordre public.

En effet, la mise en cause de cette responsabilité pénale des membres de la communauté médicale suscite le déclenchement d'un malaise voire d'une hostilité entre les médecins et les juristes.

Puisque le corps médical insiste sur une évidence qui est :

- ✓ Que le risque de dommage corporel est inhérent à l'activité médicale ;
- ✓ Et que le but premier est de sauver des vies, donc cette qualification pénale, intentionnelle est perçue comme inacceptable.

Par voie de conséquence, le corps médical a tendance à considérer que l'existence même de ce risque devrait le soustraire à la justice répressive comme elle soustrait, dans certains cas d'exception les magistrats, les gendarmes dans l'exercice de leurs fonctions.

Cependant, la réponse du juriste est simple : elle se situe sur le principe fondamental à respecter ; qui est celui d'égalité des justiciables devant la loi. Elle dicte la soumission de la profession médicale au Code pénal¹.

Là est le cœur de la problématique au regard du professionnel de la santé.

D'un côté, la médecine a besoin de l'encadrement du droit pour empêcher les abus.

D'un autre côté, la médecine a besoin de liberté d'agir suffisante dans cet encadrement du droit pour empêcher de la paralyser dans son action.

Une prise en considération particulière, par le droit, par le législateur, de la profession médicale doit s'opérer.

C'est essentiel, afin d'éviter de générer un abandon, par excès de pression de responsabilités du corps médical au service de la sauvegarde de la vie.

La clé réside dans le sens de la mesure.

Pour aborder cette problématique de recherche, l'examen de la situation va s'effectuer en deux parties, dans cet exposé.

– La première partie traite de la réflexion relative aux raisons du problème.

Elle analyse l'évolution récente de la responsabilité médicale du professionnel de la santé. Dans ce but, la recherche des causes et des répercussions sur l'exercice de la médecine et sur l'idéologie en pleine mutation de la société sera faite².

– C'est ce qui va nous amener, dans la deuxième partie de la réflexion, à nous interroger sur la légitimité ou non de rechercher une amorce de solution vers l'irresponsabilité pénale mais non civile dans l'exercice de SA fonction du professionnel de la santé.

Ainsi, le deuxième temps traite, proprement dit, de cette approche de recherche vers l'immunité pénale du professionnel de la santé.

D'une part, l'analyse de cette immunité pénale sera discutée au travers de l'article 122-4 du Code pénal en envisageant les arguments justificatifs, les intérêts et les limites.

D'autre part, l'analyse de la relative dépenalisation effectuée au travers de la réforme du 10 juillet 2000 du Code pénal sera, également, discutée.

Il s'agit, au final, d'atteindre une articulation équilibrée de fonctionnement entre le droit et la médecine, entre les professionnels de la santé et les professionnels du droit³.

1. Morgane Daury-Fauveau : *La responsabilité pénale du médecin. Les principales infractions contre les personnes*. Editions Les Etudes Hospitalières, 2003.

2. Florine Boukhobza : « Observations actuelles sur la responsabilité pénale du professionnel de la santé », *Revue de droit médical et d'identification appliqués à l'odontologie*, Juin 2006, p 51-58.

3. Francine Demichel, Professeur de Droit Public, Université Paris 8 : « Les contradictions actuelles du droit de la santé. Autour de la pensée d'André Demichel » ; article très largement inspiré de la problématique développée par son mari, André Demichel ; 2005-2006.

Ce serait bénéfique pour une union harmonieuse entre le droit et la médecine :

Avec le droit au service de la médecine ET la médecine au service du droit.

I. PREMIÈRE PARTIE : LE CADRE ACTUEL DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Dans une première partie, le premier temps de la réflexion, il s'agit d'examiner, le cadre actuel de la responsabilité pénale du professionnel de santé.

Nous sommes dans un contexte de progrès et de victoires médicales pour reculer la mort. On aurait pu imaginer une diminution des cas où la responsabilité des médecins serait mise en cause.

Et pourtant, s'est produit l'effet contraire.

A. Les raisons de l'évolution des procédures pénales

Les raisons de cette évolution des procédures pénales à l'encontre du médecin, dans notre société se révèlent relever de deux grands groupes principaux :

- ✓ L'activité médicale et les progrès médicaux composent le premier groupe ;
- ✓ L'évolution de la société et des mentalités des individus compose le deuxième groupe.

Elles vont être étudiées *au niveau de tous les acteurs* qui y participent :

- ✓ Le professionnel de santé ;
- ✓ Le malade ;
- ✓ La jurisprudence ;
- ✓ Et, la société.

Avec leurs positions et leurs comportements.

Puis, il conviendra de mettre en évidence les répercussions dramatiques actuelles et futures au niveau de tous les partenaires cités ci-dessus, quant à l'exercice de la médecine et quant à l'idéologie sociale.

A.1. L'activité médicale et les progrès médicaux

Quant à la pratique de l'exercice médicale, les techniques progressent.

a) La position du médecin

La position du médecin est pragmatique et altruiste.

Les médecins les utilisent dans l'intérêt du malade : mieux soigner et sauver plus de vie.

Ils savent que cette évolution de la science médicale s'accompagne, inévitablement d'une prise de risque supplémentaire, d'une pression psychologique considérable. Mais, ils l'acceptent par mission professionnelle et humaniste : la sauvegarde de la vie.

b) La position du malade

Quant à la position, en retour, du malade, elle a une tendance à être surréaliste et accusatrice.

Le malade refuse les limites de la science médicale et refuse d'endosser la responsabilité même partagée de la prise de risques dans la relation liant le patient au médecin.

Donc, la faute, c'est, forcément, l'autre, donc, le médecin, bouc émissaire.

c) La position de la jurisprudence

Le dilemme, en fait, réside dans la position de la jurisprudence pénale qui donne souvent satisfaction au malade victime.

La source du malaise pour le médecin est le cautionnement de la justice au nom de la réparation à la victime, à tout prix, même avec une « poussière de faute ». Et, le bouc émissaire reste le médecin à qui on n'applique pas l'équité, un des principes, pourtant, de la justice.

Cela ne peut qu'amener à une perte de confiance et à une hostilité entre le médecin et le juriste.

d) La position de la société

De plus, le quatrième acteur correspondant à la position sociale est, une position immature et agressive.

Au nom de l'ordre consumériste, tout s'achète, tout se vend et la santé y fait partie.

Là, un fonctionnement déviant et périlleux face à la notion de santé s'installe.

La société s'octroie un droit à la santé, un droit à la guérison. Alors, que le droit existant, en matière de santé, est le droit aux soins.

Les médias cautionnent d'autant plus, en informant comme réalisables et accessibles à tous, des techniques encore expérimentales. On véhicule un rêve infantilisant dangereux puisque vécu comme réel et non virtuel.

Alors, on n'est pas satisfait, on attaque autrui, le médecin⁴.

A.2. L'évolution de la société et des mentalités

L'évolution de la société et de la mentalité des individus s'inscrit dans un schéma mental de passage du monde du spirituel au monde du virtuel, du monde de la croyance en Dieu à la croyance en la Science.

Le fatalisme, la loi de Dieu qui évoque le fait que : le médecin a fait son possible mais Dieu l'a repris : a fait place à la loi floue de la Science qui évoque : la guérison vers l'immortalité, un jour.

La conséquence est la haine, la rébellion mentale de la société quand le résultat de la guérison qui a été commandé, et payé n'est pas obtenu.

Mais, la santé n'est pas un bien de consommation, ça ne peut pas être un résultat, c'est un but à atteindre.

Et, comme disait André Maurois, au II^e Congrès international de morale médicale : « on meurt encore, malgré les progrès de la science. Le pourcentage de mort reste de 100 % ». On ne veut plus voir les règles du hasard et de la nature⁵.

On ne veut voir que les règles de la science qui sont sans limites. La limite c'est la faute, l'échec du médecin.

On franchit les barrières de l'absurde comme on a franchit, dans cette société actuelle, les barrières des règles de civisme et de respect, les barrières du sens

des valeurs comme celui du travail. On désagrège les anciens repères, d'un côté, et on recherche de nouveaux repères, de l'autre côté.

Plus personne ne trouve sa place dans cette conception virtuelle de l'existence humaine.

Comme disait Coluche, dans un de ses sketches : « Soit fainéant, mon fils, tu vivras longtemps » : c'est dit, c'est fait : les 35h sont là, les assistés qui sont valorisés sont encore plus là.

Et, le plus sérieux est la valorisation, pas toujours justifiée par les textes de loi, de cet assistanat, de la position passive, inactive de victime par les décisions de justice

Le risque a été pris par le médecin, même si c'est dans l'intérêt du malade, il en endosse la responsabilité, telle est la loi.

En conséquence, les lois ont une répercussion, certainement pas prévue, lors de leurs promulgations : c'est l'immobilisme, c'est la démission, l'abandon des médecins, dans leur mission. La responsabilité légale actuelle est vécue comme insurmontable et non équitable.

Il y a une grande différence entre l'encadrement de la pratique de la médecine qui le demande Et la recrudescence d'obligations vécues comme insupportables et inhumaines.

B. Les répercussions actuelles et futures

Et, donc, les répercussions sont dramatiques de favoriser et cautionner l'assistanat.

La prise de conscience, la maturation sociétale à effectuer face à ces bouleversements entre croyance et science n'est pas faite.

Les productifs subissent plus de responsabilités. Les lois et la jurisprudence en témoignent.

Tandis que la société et le malade tirent avantage de ses lois nouvelles, le médecin se voit rajouter de nouvelles charges, à tous les niveaux :

Allongement du temps thérapeutique, du temps de formation professionnelle avec les nouvelles tech-

4. M. Akida : Thèse « La responsabilité pénale des médecins du chef d'homicide et de blessures par imprudence », *Bibliothèque de sciences criminelles*, Tome n° 29, Paris, LGDJ, septembre 1994, p. 2.

5. André Maurois : « Discours aux médecins » 2^e Congrès international de morale médicale. Paris, 1966, p. 379 et suivantes.

niques, du temps du travail administratif avec les nouvelles lois sur la sécurité des produits, et du temps de travail juridique afin de répondre aux nouvelles obligations et de se protéger des poursuites judiciaires civiles et pénales.

Avec les règles de droit, il y a un côté expérimental. La portée future au niveau sociétal, n'est pas, toujours bien anticipée, prévue comme on aurait pensé, au préalable. Il y a une part d'expérimentation. On réalise des années après, les répercussions profondes.

Là, des signaux d'alerte sont donnés par le médecin des séquelles irréversibles des lois actuelles.

Le médecin va se protéger de l'attaque judiciaire **avant** de protéger la vie du patient⁶. Il ne prendra plus de risque dans l'intérêt du malade, accusateur demain. On s'oriente vers un abandon de la relation praticien-patient, par le médecin lui-même.

L'évolution des lois n'aura pas eu la portée escomptée au regard de tous les acteurs concernés. Le médecin a été la cible. Il démissionne.

C'est ce qui va conditionner le deuxième temps de la réflexion vers la recherche de compromis, de solutions.

II. DEUXIÈME PARTIE : LA VOIE D'UN PASSAGE DE LA RESPONSABILITÉ PÉNALE VERS L'IMMUNITÉ PÉNALE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Ainsi, dans la deuxième partie, il va s'agir d'explorer la voie d'un passage de la responsabilité pénale vers l'immunité pénale du professionnel de santé.

En effet, un récent courant en faveur de la dépenalisation voire de l'immunité pénale du professionnel de la santé apparaît dans les rangs des membres du corps médical.

Elle part du constat suivant.

De nos jours, cette immunité pénale existe, dans certains cas, exceptionnellement, pour les magistrats ou les gendarmes, par exemple, dans l'exercice de leurs fonctions.

Elle n'existe pas pour le professionnel de la santé alors que les missions du magistrat et du médecin ont la même finalité : être tous deux au service de l'homme, veiller à la sauvegarde de sa vie et de son intégrité physique.

Fort de ce constat, et face à la demande du corps médical, une recherche fondamentale est faite quant à la conception d'une immunité pénale à envisager.

En premier lieu, une étude selon les considérations de l'article 122-4 du Code pénal est faite⁷. Il s'agit, strictement, d'un cas d'autorisation de la loi, selon des modalités expressément édictées.

Concernant l'application au médecin, sa justification, son intérêt et ses limites seront appréhendés.

De plus, dans un deuxième lieu, face à la réforme du Code pénal du 10 juillet 2000, une discussion sera, également, effectuée quant à la dépenalisation relative apportée qui a déçu au moins, partiellement, le professionnel de santé⁸.

En troisième lieu, des pistes de solutions pratiques seront proposées afin de trouver une issue équitable, à la fois, pour le monde du droit et pour le monde de la médecine.

A. Discussions sur l'immunité pénale du professionnel de la santé : discussion de l'article 122-4 du Code pénal, sur l'irresponsabilité pénale

Tout d'abord, face à la rénovation de la matière médicale, on a un accroissement incontestable de la responsabilité du professionnel de la santé.

En contre partie, un courant inverse s'est profilé : celui de l'immunité pénale ou d'une dépenalisation adéquate.

Il s'agit du souhait d'une prise en considération de l'évolution de la médecine, de la prise de risques pris dans l'exercice de sa fonction pour asseoir la nécessité actuelle de repenser sa responsabilité pénale.

Pour cette étude, l'article 122-4 du Code pénal sur l'irresponsabilité pénale va être examiné.

6. Florine Boukhobza : Mémoire « Observations sur la responsabilité pénale du professionnel de santé » ; DU droit médical appliqué à l'odontostomatologie et à la chirurgie maxillo-faciale – Université Paris 8, Janvier 2006.

7. J.-F. Renucci – Code de procédure pénale ; Dalloz, Editions 2006.

8. Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000, relative à la définition des délits non intentionnels, JO du 11 juillet 2000, p. 10484.

Une étude de l'article 122-4 du Code pénal sur l'irresponsabilité pénale, a mis en évidence des considérations essentielles.

C'est un cas d'autorisation de la loi.

L'immunité pénale pour le professionnel de la santé est accordée dans un cadre précis édicté, strictement par la loi : il s'agit du cadre de l'exercice normal du praticien, dans lequel l'atteinte à l'intégrité du corps humain est permis expressément pour les actes justifiés par les textes de loi.

Le praticien est soumis à toutes ces conditions.

Deux points interpellent :

- ✓ Le premier : le rapport du droit au temps est à appréhender ;
- ✓ Le deuxième : le non-droit spatial est à rechercher.

A.1. Le rapport du droit au temps

Si la loi interdit : il y a impossibilité de faire. Puisque nous sommes dans le système de fonctionnement de l'autorisation : donc tout est interdit sauf ce qui est permis.

Dès qu'une de ces conditions est absente, l'infraction est constituée.

Par exemple, le chirurgien pratiquant une intervention chirurgicale qu'il sait interdite, n'est alors pas couvert par le fait justificatif que constitue l'autorisation de la loi.

En conséquence, les blessures causées à son patient sont volontaires, par le fait même de son intervention. La responsabilité pénale du professionnel de santé est, dans ce cas, engagée.

Dans la pratique quotidienne médicale, les conséquences sont paralysantes quand les textes sont en retard par rapport aux actes communément effectués.

Souvent, le législateur a en matière médicale, un temps de retard, face aux progrès de la pratique médicale et de la science médicale.

Par exemple, on pense, dans l'historique des actes médicaux à la circoncision rituelle qui est classée comme un acte médical et non thérapeutique. En conséquence, jusqu'à la promulgation des lois bioéthiques de 1994, et la disposition légale insérée dans l'article 16-1 et suivants du Code civil autorisant l'atteinte à

l'intégrité du corps humain dans un but médical et non plus seulement thérapeutique, le médecin engageait sa responsabilité civile et pénale.

Face à ce constat, la conséquence jaillit, alors sur les médecins qui prennent le risque de transgresser les dispositions légales en vertu de leurs résultats scientifiques. La conséquence est la condamnation pénale du médecin qui ne comprend pas. Les règles de la loi lui sont inadaptées.

D'où, pour le corps médical, la nécessité de qualifier une zone d'irresponsabilité pénale, de tolérance face à ce problème soulevé. C'est une piste.

En effet, cette zone serait encadrée dans cette problématique du rapport du droit médical au temps, en prenant en considération le fait de cette évolution médicale en perpétuel et incessant mouvement.

En pratique, La tolérance a été constatée de la part de la jurisprudence, dans nombres de cas ; et le droit n'y a pas été indifférent. Le législateur a agi. C'est une autre piste.

En pratique, également, il serait souhaitable d'envisager la concertation pressante d'une instance représentative du corps médical. Elle prendrait en compte des données scientifiques médicales consensuelles. Il s'agit de traiter, rapidement, des questions d'interventions pratiques, pas forcément que éthiques. Ce serait un éclairage efficace et rapide sur des questions médicales qui appellent à une réponse qui viendront en aide au droit. C'est, aussi, une piste.

Et, c'est à ce point de rencontre, que les rapports du droit et de la santé trouvent tous leurs sens.

En effet, la complémentarité des deux actions permettrait d'accomplir leur mission commune qui est, au final, de veiller au respect de la vie et du droit des individus.

Deuxième constat : le non-droit spatial est un point à rechercher.

A.2. Le non-droit spatial

Par ailleurs, comme disposé dans l'article 122-4 du Nouveau Code pénal, étant entendu que pour les gendarmes, les représentants de la force publique, la cause d'irresponsabilité s'étend aux fautes involontaires commises au cours de l'exécution de l'acte prescrit ou autorisé par la loi ou le règlement.

Quant au médecin, cette éventualité d'irresponsabilité aux fautes involontaires peut s'argumenter.

L'argument du médecin est qu'il cherche « à donner ou à maintenir la vie et surtout pas à donner la mort ».

Ceci peut être un argument en faveur d'excuse légale d'irresponsabilité pénale du professionnel de santé dans l'exercice de sa fonction, en cas de faute involontaire. La responsabilité civile resterait intacte.

La réponse du législateur est de réguler, d'arbitrer vers un équilibre entre les différents droits du malade et du médecin. Et, le caractère libéral de la profession médicale réclame un encadrement, un contrôle dans la mesure où les actes pratiqués peuvent constituer une menace pour l'individu.

En conclusion de cet argument, cette nécessité médicale de base qu'est la démarche intellectuelle, le caractère libéral pénalise, au final, le médecin. Puisque ce point déterminant du succès de sa mission est appréhendé par le droit comme une zone de faute possible.

Ce choix actuel de la prudence et de la méfiance du droit pénal revêt pour le médecin, en retour de la prudence, de la méfiance. Confronté à ses dispositions pénales en vigueur, son comportement intellectuel, son pouvoir d'action se retrouvent limités, voire paralysés.

La répercussion est projetée immédiatement sur le patient, donc, chacun d'entre nous.

Il est clair que la résultante à ce conflit est désastreuse.

C'est toujours la partie élémentaire qui en subit les sérieuses conséquences, donc certainement pas, le législateur, dans une certaine mesure, le médecin et dans sa globalité, le patient.

En effet, le patient peut en perdre sa vie par excès de précaution judiciaire prise par le médecin. Il ne prendra plus le risque.

Tout se passe comme s'il y a une hypocrisie sociale. Le patient veut voir s'exprimer le progrès scientifique mais sans en supporter le risque, ni le partager avec le professionnel de santé. Le législateur cautionne l'opinion publique ainsi que les tribunaux. Le médecin, bouc émissaire, en limitant la prise de risque, limite la survie du patient.

Le conflit s'est solutionné par la solution la pire qui soit : l'irrespect de chacun des intervenants par manque d'équilibre des droits et des devoirs de notre époque.

Face à cette problématique, en droit médical, il y a à envisager des situations qui ne soient pas régies par le droit, des zones de non droit spatial à respecter. Elles montrent que le droit n'a pas besoin d'intervenir. Les conflits se résolvent, par exemple, par une commission de concertation.

Dans le domaine de la santé, cette catégorie de non-droit est amenée à se développer. Elle résout de façon plus conviviale les problèmes.

Un exemple parlant est celui de la loi Huriet-Sérusclat, interprétée de manière moins formelle aujourd'hui. Cela évite d'avoir recours à toutes les procédures lourdes qu'une lecture sévère des textes imposerait⁹.

C'est une piste à envisager.

De plus, une extension du droit est également amenée à se développer face à l'évolution constante du droit et de la médecine.

Ainsi, en droit médical, la remise en question des équilibres entre les différents droits, entre le droit et le non-droit est en continuel déplacement.

C'est une donnée à prendre en considération pour la recherche d'une articulation et d'une harmonie fonctionnelles entre le droit pénal et la médecine.

B. Discussion sur la dépénalisation relative du professionnel de la santé

Maintenant, une discussion sur la dépénalisation relative du professionnel de santé est abordée.

La science juridique s'immisce davantage dans la pratique des interventions sur l'être humain. Les autorisations de la loi pénale sur de tels actes sont entourées de conditions particulières. Il s'agit de sécuriser toute atteinte à l'intégrité du corps humain.

Partant de cette finalité, l'utilité du droit pénal, des textes répressifs protecteurs de la vie humaine est indéniable.

Toutefois, les solutions apportées par la réforme du 10 juillet 2000 du Code pénal soulèvent certaines interrogations.

9. André Demichel : *Le droit de la santé*, Editions Les Etudes Hospitalières, 1998.

La discussion sur la dépénalisation relative du professionnel de santé va porter, également, sur deux points.

Alors que le premier point soulève la question du sens du mot règlement, le deuxième point appuie sur l'insuffisance de caractérisation de l'élément moral de l'infraction pénale.

B.1. Le sens du mot règlement

Le premier point discuté relève de la notion du sens du mot règlement.

C'est le parallélisme dangereux du sens de la notion de règlement en droit avec celui de la notion de règlement en médecine.

En effet, ce point concerne les caractéristiques énoncées de la faute qualifiée en rapport avec la violation de règlements, pour les infractions involontaires.

Depuis la réforme de juillet 2000, en cas de causalité indirecte, la faute qualifiée s'impose et non plus une faute ordinaire.

Cette faute qualifiée concerne la violation délibérée d'une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement.

Là, s'explique un phénomène récent de multiplications de la réglementation dans l'ensemble du secteur médical, notamment dans les disciplines les plus sujettes à l'attaque en pénal. Ils pourront servir de bases objectives, légales et faciliter pour les juges, la justification de leurs décisions.

Dans ce contexte de considération de la faute délibérée de l'homicide et des blessures involontaires, on peut prévoir qu'elle aura un bel avenir en matière médicale. Pourtant, le juriste doit se méfier.

Un règlement médical ne se calque absolument pas sur un règlement juridique.

Des différences entre le droit et la santé existent en dépit de leurs points communs.

Elles occasionnent le fait que le juriste et le médecin ne se comprennent pas toujours. Leurs sciences respectives les conduisent à faire deux types de démarches intellectuelles différentes.

En effet, le droit relève d'une dogmatique et d'un impératif. Il n'y a pas d'aléa dans la règle. Elle est impérative.

Au contraire, la règle en médecine est en partie aléatoire car l'intervention est sur le vivant.

De plus, la règle en médecine touche les individus mais pas de la même façon, ni avec les mêmes réactions. La médecine n'a pas de certitudes dogmatiques.

Donc, les règlements en médecine, ne peuvent servir de bases systématiques. Sinon, ça reviendrait à desservir le patient. Le médecin bornerait son action aux règlements n'apportant qu'une vision partielle et en plus transitoire puisque la science médicale évolue constamment.

La loi qui se calque strictement sur les règlements aboutirait, essentiellement, à deux conséquences périlleuses.

La première serait, plutôt, à la mise en danger possible d'autrui qu'à sa protection. En effet, même si le médecin sait qu'en agissant, autrement par rapport aux règlements, il pourrait améliorer la guérison ou sauver la vie, il ne le fera pas. Il ne tient pas à risquer une infraction pénale d'homicide ou de blessures involontaires.

La deuxième serait de dénaturer les caractéristiques de la médecine qui sont d'être, avant tout, libéral, individuel et artisanal. Le droit détruirait les valeurs fondamentales de la médecine. Il empêcherait le médecin d'accomplir sa mission.

Il est clair que ce ne sont pas les buts, évidemment, recherchés. Mais le législateur doit en avoir pleinement conscience, pour éviter cette dérive comportementale du médecin : il démissionne ou il choisit le poste de contrôleur des règlements.

C'est desservir le pays tout entier que de poursuivre l'orientation dans cette direction.

B.2. L'insuffisance de caractérisation de l'élément moral de l'infraction pénale

Le deuxième point examine la notion d'insuffisance de caractérisation de l'élément moral de l'infraction pénale.

Au départ, le juge a fait le constat de l'élément matériel de l'infraction, qui, en médecine, peut correspondre à une grande diversité d'actes.

Puis, le juge doit mettre en évidence l'existence de l'élément moral.

Le problème réside dans le fait que ces fautes sont jugées sur le même mode d'appréciation qui ne permet pas, toujours de façon convaincante, de caractériser suffisamment l'élément moral des infractions pénales. Et, c'est pourtant essentiel dans une poursuite répressive. Un des problèmes majeurs du mur de mésentente se situe exactement, à ce niveau.

Puis, pour apprécier l'élément moral, c'est le comportement vicié ou non qui est analysé avec la prise en compte des circonstances de l'infraction. Le comportement coupable est délicat à mettre en évidence.

Cet élément moral peut être défini en termes d'indifférence blâmable aux valeurs sociales et, dans le domaine médical, tout particulièrement à l'intégrité physique d'autrui.

Cette appréciation délicate de la faute est pourtant essentielle. En effet, la preuve rapportée de la réunion de ces deux éléments matériel et moral traduit la faute pénale, fondement de la responsabilité pénale en ayant, évidemment, l'existence de l'élément légal.

Au regard de cette discussion, la dépenalisation relative existante déçoit, en partie le professionnel de la santé quant aux fautes involontaires effectuées dans l'exercice de leur mission.

La mésentente entre les médecins et les juristes reste là. Elle provient d'un fait simple. Les membres de chacune de ces professions sont des profanes par rapport à la discipline de l'autre. Il y a une incompréhension¹⁰.

Les deux missions sont, néanmoins, indispensables, indissociables et complémentaires.

C. Tentatives de solutions

Nous allons, donc, nous acheminer vers une recherche de tentative de propositions de solutions pour atteindre un équilibre des fonctions dans l'intérêt premier des droits de l'individu.

C.1. Les principes de base

La médecine a le pouvoir de soigner. Il est un phénomène social. Et, les phénomènes sociaux nécessi-

tent des arbitrages qui sont de nature légale en démocratie.

Le droit a le pouvoir d'arbitrer les conflits sociaux. La loi, au sens technique d'acte de la représentation nationale, doit remplir son rôle à l'égard de la médecine.

Donc, dans ce rapport entre la loi et la médecine, il faut légiférer dans le champ des principes mais éviter d'entrer trop dans les détails, de sur réglementer, en quelque sorte. Il s'agit de ne pas bureaucratiser la médecine qui ne ferait que lui nuire, énormément, en l'empêchant d'agir donc de soigner.

Mais la question soulevée est de comment le faire, pour atteindre un équilibre entre le droit et la médecine.

En effet, l'activité médicale a une telle valeur en soi que le législateur doit la laisser se développer selon sa propre logique, en intervenant simplement pour fixer des limites qui éviteront certaines dérives éventuelles, et sans lui imposer des règles de l'extérieur.

Il y a une lucidité sur la valeur de la médecine et de son mode de fonctionnement qui est essentielle à avoir ; cela passe par une réelle tentative de compréhension entre les deux disciplines.

Ainsi, des **passerelles** fonctionnelles, efficaces doivent s'installer avec par exemple des magistrats-médecins et vice versa, avec des solutions nouvelles. C'est faciliter la voie vers l'entente entre les médecins et les juristes.

Plus il y aura de création de passerelles entre les deux professions, plus il y aura de respect, de compréhension et d'acceptation du rôle de chacun. Chacun comprendra l'autre et vice versa.

Cette révolution culturelle chez les juges et les médecins est primordiale pour tenter d'atteindre le respect mutuel.

Par exemple, accroître la collaboration entre les magistrats et les experts médicaux en amont, en aval des procédures.

Par exemple, créer de **nouveaux concepts** : la réparation sans faute au lieu de la responsabilité sans faute comme proposé par M. André Demichel¹¹.

10. M. Akida : Thèse « La responsabilité pénale des médecins du chef d'homicide et de blessures par imprudence », *Bibliothèque de sciences criminelles*, Tome n° 29, Paris, LGDJ, septembre 1994.

11. André Demichel : *La responsabilité médicale*, collection Guides essentiels, Editions L'Hermès ; Février 1997.

En effet, dans l'emploi de ce terme : responsabilité, il y a la répercussion sociale. Ce terme renvoie à désigner concrètement un individu, une profession condamnable.

Ainsi, la notion de « *responsabilité sans faute* », dans le secteur médical, se traduit, gravement, dans l'idéologie sociale par « *médecin toujours condamnable* », quoi qu'il en soit, le bouc émissaire.

Le respect de chacune des professions passe aussi par la recherche de nouvelles notions, de nouvelles réponses adaptées quand les problèmes actuels en médecine le nécessitent.

Il est évident qu'il y aurait « un habillage attentif » du passage de la notion de responsabilité sans faute à l'expression de « la réparation sans faute ». Ce serait un signe acté, concret d'une démonstration de respect mutuel des pouvoirs entre le droit et la médecine.

C.2. Des solutions actuelles existantes

Toutefois, il est à considérer que des solutions actuelles utiles existent.

a) La dualité des fautes civile et pénale

Par exemple, en pratique, un des problèmes, maintenant révolu, était celui de l'ancien principe de l'identité des fautes civile et pénale.

L'abandon de ce principe ne peut qu'aider le juge dans sa tâche. De manière concrète, il pourra comprendre l'action médicale en étant libéré de cet obstacle.

Il ne sera plus, comme avant, incité à se contenter d'une « poussière de faute » pour retenir l'infraction à des fins de conserver l'indemnisation à la victime.

Cette solution, enfin, adoptée, depuis la loi du 10 juillet 2000, de la dualité des fautes civile et pénale, est d'une utilité pratique incontestable, constructive et indispensable.

b) La dépenalisation relative de la faute ordinaire en cas de causalité indirecte

Par exemple, également, la dépenalisation relative a permis de placer la faute ordinaire en cas de

causalité indirecte, hors du champ de la juridiction pénale.

La portée semble d'empêcher des poursuites pénales excessives pour tout individu.

Et, la portée pour le juge est l'attribution de plus de libertés dans l'appréciation du comportement du médecin, sans sacrifier les intérêts de la victime.

C.3. Des solutions nouvelles envisageables

De plus, des solutions nouvelles peuvent être envisagées.

a) Filtrage préalable par le Parquet

Par exemple, il s'agit d'empêcher que le système de poursuites répressives soit déclenché hâtivement contre les médecins, et, ceci, sous l'influence de l'ampleur des dommages causés. En effet, le critère de la gravité du dommage ne correspond pas automatiquement à une gravité de la faute du médecin. Donc, empêcher le plaignant d'un acte médical, de saisir, directement, le tribunal répressif.

Ainsi, il faudrait l'obliger dans tous les cas, à passer, d'abord, par le Parquet, qui serait ainsi le seul organe apte à juger de l'opportunité de la poursuite contre le médecin¹².

Ce filtrage par le parquet, au préalable, serait un garde fou face aux parties civiles victimes de n'importe quelle faute non intentionnelle, et pas seulement d'un accident médical. Il permettrait d'éviter qu'elles saisissent régulièrement, méthodiquement, automatiquement la juridiction pénale. Et, ceci devient de plus en plus une solution d'actualité à envisager.

En effet, trois arguments sont invocables, pour expliquer le choix de cette voie pénale.

Le premier, avec la dualité actuelle des deux fautes civile et pénale, les victimes savent qu'elles ne prennent pas le risque d'être privées de dommages-intérêts en utilisant cette stratégie opérationnelle : tenter la voie pénale avant la voie civile.

Le deuxième, avec les nombreux avantages du choix de la procédure pénale, elles savent qu'à moindre coût, et de façon plus rapide, cette option permet à ce que

12. M. Akida : Thèse « La responsabilité pénale des médecins du chef d'homicide et de blessures par imprudence », *Bibliothèque de sciences criminelles*, Tome n° 29, Paris, LGDJ, septembre 1994.

la charge de la preuve pèse sur les autorités de poursuites et d'instruction et non sur elles-mêmes, les victimes comme en civile, généralement.

Le troisième, avec la mentalité actuelle sociale de « *la soif de punir en étant sûr d'avoir raison, et le plus rapidement possible* », ce filtrage serait une intervention préventive, reconnue dans la légitimité de leur autorité, arbitrale des conflits sociaux.

A ce niveau, se situe une des clés actives au respect mutuel des rôles entre juristes et médecins en participant, de surcroît, à la paix sociale.

C'est accroître la confiance entre le médecin et le juriste. Et, par voie de conséquence accroître la confiance entre le médecin et son patient.

Il est nécessaire de faire comprendre, ainsi, aux patients que la voie pénale n'est pas la voie naturelle pour obtenir des indemnités à la suite de dommages résultant d'actes médicaux.

Ce filtrage aurait, aussi, un rôle éducatif imposant le respect.

D'un côté, il expliquerait aux malades que le procès pénal est réservé aux affaires graves.

Et, d'un autre côté, il donnerait le sentiment aux médecins que le déclenchement des poursuites pénales est accompagné de beaucoup de sécurité.

Puis, le rôle des experts, peut présenter un intérêt en amont, aussi, au niveau de ce filtrage. Ils sont le plus souvent issus du milieu médical. L'expert donne un avis purement technique sans porter d'appréciation juridique. Ses conclusions, formulées à cette occasion, aident à fournir des précisions dans un secteur de connaissances étranger aux membres de la sphère juridique.

Ainsi, elles pourront aider dans le fonctionnement de la justice.

Il est à noter que le principe de cette solution est, dorénavant d'actualité ; il est inscrit, validé dans la loi depuis l'année 2007. Il s'agit de la réforme pénale, loi n° 2007-291 du 05 mars 2007¹³.

Son application récente est à suivre.

CONCLUSION

« *Avoir conscience de trouver la juste mesure en toute chose* »

De Serge CARFANTAN

Un rapprochement, une **régulation** sont à construire entre ces deux domaines, le droit médical et la médecine.

Et, ceci, **sans primauté automatique de l'un sur l'autre** est un moyen approprié d'y aboutir.

Un équilibre et un respect mutuels, **reposant sur une conscience sociale** collective est l'objectif à atteindre¹⁴.

La santé aurait tout à y gagner de l'articulation de fonctionnement harmonieux entre le droit et la médecine.

N'oublions pas que l'union qualitative et quantitative fait la force.

Alors même si l'individu peut se dire « la vie ne vaut rien mais rien ne vaut la vie » en écoutant André MALRAUX,

Même si le médecin sait que « la science sans conscience n'est que ruine de l'âme » (François RABELAIS),

Et, même si le juriste connaît la difficulté de « trouver la juste mesure en toute chose » (Serge CARFANTAN),

Persévérons dans ce sens : tel est l'objectif.

REMERCIEMENTS

A Mr Olivier SAUTEL : Toute ma reconnaissance, ma haute considération accompagnent mes remerciements pour un Maître de Conférences, compétent, dévoué et disponible, sans qui ce travail n'aurait pas

13. *Journal Officiel* de la république du 6 mars 2007. Loi n° 2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale.

14. Francine Demichel, Professeur de Droit Public, Université Paris 8 : « Les contradictions actuelles du droit de la santé. Autour de la pensée d'André Demichel » ; article très largement inspiré de la problématique développée par son mari, André Demichel ; 2005-2006.

vu le jour. Veuillez recueillir, ici, l'expression de toute mon estime. ■

BIBLIOGRAPHIE

AKIDA M. – La responsabilité pénale des médecins du chef d'homicide et de blessures par imprudence, *Bibliothèque de sciences criminelles*, septembre 1994, Tome 29.

AUBERT-FOURMY C. – Loi Huriet-Sérusclat sur la recherche biomédicale. Information, consentement et refus de l'enfant, *J.D.J.* n°184, avr. 1999, 41.

BOUKHOBZA F. – Observations sur la responsabilité pénale du professionnel de santé, *Mémoire du DU droit médical appliqué à maxillo-faciale*, Université Paris VIII, janvier 2006.

BOUKHOBZA F. – Observations actuelles sur la responsabilité pénale du professionnel de la santé, *Revue de droit médical et d'identification appliqués à l'odontologie* ; éd. Afio, juin 2006, 51-58.

DAURY-FAUVEAU M. – *La responsabilité pénale du médecin. Les principales infractions contre les médecins*, Les Etudes Hospitalières, édition 2003.

DELPRAT L., LE GLOAN J., BERY A. – Le chirurgien-dentiste et l'acte prothétique : vers l'affirmation d'une obligation de

sécurité de résultat, *Revue de droit médical et d'identification appliqués à l'odontologie* ; éd. Afio ; juin 2005, 7-22.

DEMICHÉL A. – *La responsabilité médicale*. Collection Guides essentiels, Editions L'Hermès, Février 1997.

DEMICHÉL A. – *Le droit de la santé*. Les Etudes hospitalières ; septembre 1998.

DEMICHÉL F. – Cours d'enseignement sur la recherche juridique en droit de la santé : initiation et approfondissement, Université Paris VIII, 2005-2006.

Journal Officiel du 11 juillet 2000 relative à la définition des délits non intentionnels.

Journal Officiel de la République française du 6 mars 2007 (mars 2007).

Loi n° 2007-291 du 5 mars 2007 tendant à renforcer l'équilibre de la procédure pénale.

MAUROIS A. – Discours aux médecins, *Rapport présenté au II^e Congrès international de morale médicale*. Paris, 1966, 379 et suivantes.

PRADEL J. – De la véritable portée de la loi du 10 juillet 2000 sur la définition des délits non intentionnels, *D.* 2000 n° 29, point de vue, V.

RENUCCI J.-F. – Code de procédure pénale ; *Dalloz*, Editions 2006.

Pédophilie et anomalies neurobiologiques. État des connaissances en 2009

Revue de la littérature

Alexandre BARATTA¹, Luisa WEINER², Claire DI SANTI¹, Olivier HALLEGUEN³

RÉSUMÉ

Les crimes sexuels, et particulièrement les actes pédophiliques marquent le grand public. Aucun facteur causal n'a été identifié à ce jour de façon formelle. Le corps médical s'est emparé du problème dès le milieu du XIX^e siècle. La conception de la pédophilie est alors passée des préoccupations morales à un modèle anatomo physiologique.

Dès lors il s'agissait d'identifier les anomalies neurobiologiques pouvant expliquer une telle déviance sexuelle. Plusieurs anomalies neuropsychologiques ont été identifiées chez les sujets pédophiles. Les données les plus probantes sont une efficience intellectuelle plus basse que dans la population générale et une sur représentation des gauchers. La plupart des études en imagerie structurale et fonctionnelle retrouvent des anomalies cérébrales. Cependant les résultats obtenus sont contradictoires selon les équipes. Néanmoins l'ensemble des données issues des travaux neuropsychologiques et en imagerie permettent de proposer un premier modèle étiologique. La déviance pédophilique ne serait que l'expression comportementale d'un trouble précoce du développement cérébral. Les anomalies cognitives et neurobiologiques identifiées par les équipes complèteraient le tableau clinique des sujets pédophiles.

Mots-clés : Pédophilie, Anomalies neuropsychologiques, Trouble neurodéveloppemental.

1. Secteur G06, Etablissement Public Santé Alsace Nord (EPSAN), 67170 Brumath, France.

2. Secteur G03, Etablissement Public Santé Alsace Nord (EPSAN), 67170 Brumath, France.

3. Secteur G02, Etablissement Public Santé Alsace Nord (EPSAN), 67170 Brumath, France.

SUMMARY

Pedophilia and Neurobiologic Abnormalities. The State of Knowledge in 2009: A Literature Review

Sexual crimes, and in particular pedophilic conduct mark the general public. No casual factor has been identified in a formal way up to now. The medical corps started addressing the problem in the middle of the 19th century. The conception of pedophilia has since evolved from moral concerns to an anatomo-physiological model.

Consequently, the research is on indentifying the neurobiologic abnormalities which could explain such sexual deviance. Several neuropsychologic abnormalities have been identified in pedophiles. The most conclusive data shows a lower than average intellectual capacity and an over-representation of left-handers. Most structural and functional imaging studies find cerebral abnormalities. However, the results obtained are contradictory depending on the teams. Nevertheless, the ensemble of data from neuropsychologic and imaging research have given way to the first etiologic model. Pedophilic deviance could only be the behavior of a precocious problem of cerebral development. Cognitive and neurobiologic abnormalities identified by the teams completed the clinical picture of pedophiles.

Key-words: *Pedophilia, Neuropsychologic Abnormalities, Neurodevelopmental Problems.*

INTRODUCTION

Les perversions sexuelles sont restées liées, en France, aux préoccupations morales jusqu'au milieu du XIX^e siècle. C'est à cette période que la médicalisation s'emparât de cette problématique avec les théories de Magnan [13]. Ce dernier propose une interprétation neuropsychologique des perversions, qui sont dès lors considérées comme un dysfonctionnement du système nerveux central. Cette conception positiviste, grandement inspiré du modèle anatomo physiologique, permet de s'amender des préoccupations morales.

La pédophilie est définie par le DSM IV comme une attirance sexuelle préférentielle pour des enfants pré pubères ou péri pubères [1]. Elle est classée dans la catégorie des « paraphilies », ce qui permet un abandon de la notion de perversion sexuelle à connotation trop morale.

Le débat d'une probable organicité de la pédophilie a été relancé suite aux observations publiées de déviations sexuelles secondaires à des lésions cérébrales. De rares cas d'atteinte du lobe temporal ont pu être associées à des paraphilies : épilepsie temporale et transexualisme [9], résection de la partie antérieure du lobe temporal et syndrome de Kluver-Bucy [8]. Des atteintes du cortex pré frontal ont également été associées à une pédophilie tardive [14]. Enfin, la lésion de certaines zones sous corticales tel que l'hypothalamus ou le striatum peut entraîner une hypersexualité [7].

Au total, des déviations sexuelles non spécifiques peuvent être provoquées par des lésions soit corticales (temporales ou frontales) soit sous corticales. Dans tous les cas la paraphilie est associée à un cortège d'autres anomalies comportementales ou cognitives. Néanmoins, ces observations relancent la question d'un éventuel support neurobiologique dans le cadre des pédophilies dites primaires.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Études neuropsychologiques

Le premier élément identifié auprès des sujets pédophiles est une asymétrie cérébrale. Celle-ci est reflétée par un déséquilibre de la dominance manuelle : le nombre de gauchers est significativement supérieur dans une population de pédophiles par rapport à une population témoins. L'équipe de Cantor et collaborateurs a ainsi comparé un échantillon de 404 sujets pédophiles à une population témoin. Le résultat indique un nombre de gauchers doublé par rapport aux sujets témoin [5].

Plusieurs auteurs se sont attachés à rechercher des déficits cognitifs dans les cohortes de sujets pédophiles. La première variable mesurée était l'efficacité intellectuelle avec l'estimation du quotient intellectuel (QI). Hucker et collaborateurs ont comparé 2 populations de sujets pédophiles (14 homosexuels et 10 bisexuels) à 14 sujets délinquants non sexuels. Le QI total était significativement inférieur dans les 2 groupes de sujets pédophiles par rapport au groupe contrôle [11].

Cette étude portait cependant sur un faible échantillon de sujets et aurait nécessité d'être confirmée par des mesures sur de plus grands échantillons.

L'équipe de Cantor a réalisé une étude comparée plus élargie des fonctions cognitives auprès d'une population de 473 pédophiles [3]. Les fonctions cognitives évaluées étaient la latéralité, l'efficacité intellectuelle ainsi que les mémoires verbales et visuelles. Cette étude a permis de confirmer une corrélation négative entre une dominance manuelle droite et la pédophilie. Par ailleurs, Cantor et collaborateurs ont confirmé l'association entre des déficits cognitifs et l'intérêt sexuel porté sur des sujets pré pubères. Une association statistiquement significative a été confirmée entre la pédophilie, et un score de QI bas, ainsi que des déficits en mémoire verbale et visuelle. La même équipe a réalisé une méta analyse afin de confirmer une association entre un QI bas et les agressions sexuelles en général. Cette méta analyse porte sur 75 études recherchant une telle liaison [2], ce qui renforce la valeur statistique d'une telle association. Cette méta analyse a bien confirmé un lien entre un QI bas et le phénotype pédophilie.

Enfin, l'équipe de Cantor s'est penchée sur une possible association entre une efficacité intellectuelle

basse, des échecs scolaires précoces et une orientation pédophilique. L'échantillon étudié comportait 114 sujets pédophiles auxquels étaient appariés autant de sujets témoins. Une corrélation positive entre la pédophilie et des échecs scolaires précoces ont été mis en évidence. La corrélation négative entre le score du QI et l'orientation pédophilique a été confirmée lors de cette étude [6]. La proportion d'échecs scolaires et de déscolarisation concernait 60 % de l'effectif des sujets pédophiles. Une telle proportion est largement supérieure à ce qui est retrouvé en population générale, et très proche des résultats obtenus chez des enfants souffrant de syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention.

Études en imagerie structurale

Face aux données obtenues via les méthodes neuropsychologiques, un substratum anatomique a rapidement été recherché. Les premières études en imagerie ont été réalisées au moyen de clichés basse résolution par tomodensitométrie (TDM) aux rayons X. Les évaluations étaient purement qualitatives avec recherche d'anomalies cérébrales uniquement subjectives.

Hucker et collaborateurs ont réalisé une étude scanographique sur 24 sujets pédophiles [11]. Les examens TDM ont révélé 52 % d'anomalies structurales mineures dans l'échantillon de la population pédophile contre 12 % seulement dans le groupe témoin. L'anomalie la plus fréquemment rapportée était une dilatation de la corne temporale antérieure.

Cette donnée a été confirmée par une autre équipe [12], dont l'échantillon de pédophiles s'élevait à 91 sujets. Au total 23,5 % de la population étudiée présentait des anomalies structurales minimales contre 3 % dans le groupe témoin. L'anomalie la plus fréquente était une dilatation de la corne temporale antérieure. Cependant aucune différence statistiquement significative n'a été objectivée entre les 2 groupes.

Les limites méthodologiques peuvent rendre compte du peu de résultats obtenus en imagerie structurale. L'introduction de l'imagerie haute résolution avec les techniques d'étude de mesure volumétrique a permis de surmonter cette difficulté et d'apporter les premières données objectives. Cependant les données obtenues par les différentes équipes semblent contradictoires.

L'équipe de Schiltz s'est intéressée à une région précise impliquée dans le traitement des émotions, l'amygdale [19]. Il s'agissait d'étudier cette zone céré-

brale chez 15 sujets pédophiles comparativement à 15 sujets contrôles. Parallèlement, une évaluation de la sévérité de la déviance sexuelle était réalisée au moyen de l'échelle SVR-20. Une diminution statistiquement significative du volume des amygdales a pu être objectivée dans la population pédophile. Cette diminution prédominait au niveau de l'amygdale droite.

Schiffer et collaborateurs se sont intéressés au cortex fronto temporal ainsi qu'aux noyaux gris centraux [18]. L'échantillon de sujets étudiés se composait de 18 sujets pédophiles homosexuels, auxquels étaient appariés des sujets sains. Une diminution significative de la substance grise au niveau du cortex orbito frontal bilatéral, du putamen, du gyrus cingulaire et du cervelet. Aucune anomalie de volume portant sur la substance blanche n'a été retrouvée. Schiffer conclut donc à une anomalie impliquant un probable dysfonctionnement des circuits fronto striés.

L'équipe de Cantor s'est également emparée de la méthode volumétrique. Son étude morphométrique présente l'avantage de porter sur un échantillon important de sujets, puisque composée de 65 sujets pédophiles [4]. Le résultat obtenu par l'équipe précédente n'a pas été confirmé. Aucune diminution significative de la substance grise corticale ou sous corticale n'a été retrouvée. En revanche l'équipe a mesuré une diminution significative de la substance blanche au niveau temporal, pariétal ainsi que dans le corps calleux. Parallèlement une augmentation du volume des ventricules latéraux et de 4^e ventricule accompagnait cette diminution de substance blanche.

Les deux faisceaux de substance blanche déficitaires ont pu être identifiés. Il s'agit du faisceau fronto occipital supérieur et du faisceau arqué droit. Une corrélation entre la gravité de la déviance sexuelle (via l'index phallométrique) et la perte de substance blanche a pu être objectivée.

Études en imagerie fonctionnelle

Les études entreprises par le technique d'IRM fonctionnel rapportent de nombreuses anomalies chez les sujets pédophiles. Cependant les résultats obtenus sont là encore contradictoires. La méthode consiste à étudier l'activité cérébrale lors de l'exposition à un stimulus visuel à connotation érotique.

Schiffer et collaborateurs ont utilisé un tel paradigme sur une population de 11 sujets pédophiles homosexuels comparés à des sujets sains [16]. Les 2 échan-

tillons ont été exposés à une série d'images neutres intercalées avec des images excitantes sur le plan sexuel. L'exposition à ces dernières images a provoqué une activation des cortex préfrontal et occipito temporal de façon équivalente dans les 2 groupes. Toutefois, le groupe des sujets pédophiles a montré une activation significativement plus importante des zones sous corticales : le thalamus, le pallidum et le corps strié, tous impliqués dans la boucle fronto striée.

La même équipe a réalisé une nouvelle étude utilisant le même paradigme. L'étude portait sur 8 sujets pédophiles [17]. Le profil d'activation des zones sous corticales (corps strié, substance noire, thalamus) et limbiques (hippocampe, amygdale) était strictement comparable entre les populations pédophile et témoin.

Cependant lors de l'exposition au stimulus visuel sexuellement excitant les témoins présentaient une activation plus importante de leur cortex orbito frontal, alors que les sujets pédophiles présentaient un profil d'activation du cortex dorso latéral préfrontal.

Des résultats opposés ont été obtenus par une seconde équipe. Walter et collaborateurs ont comparé le profil d'activation des zones cérébrales entre un échantillon de 13 sujets pédophiles et un groupe de 14 sujets contrôles [20]. La population de sujets pédophiles présente une sous activation de certaines zones corticales (cortex frontal dorso latéral) et sous corticales (hypothalamus, substance grise péri aqueducale) lors de l'exposition aux stimuli visuels à connotation sexuelle.

Enfin, une troisième étude réalisée par l'équipe de Sartorius a utilisé un paradigme similaire sur une population de 10 sujets pédophiles appariés à 10 sujets contrôles [15]. L'exposition à des images à caractère pédophilique provoquait une activation significativement plus importante de l'amygdale dans l'échantillon étudié par rapport aux témoins.

DISCUSSION

Au final, seules les études neuropsychologiques aboutissent à des résultats univoques. Les données les plus solides sont une association latéralité préférentiellement gauche et QI bas avec le phénotype pédophile. Une telle corrélation plaide en faveur d'une anomalie neurodéveloppementale précoce à l'origine d'un tel trouble. En effet, la latéralisation entre main droite et main gauche se détermine durant la période préna-

tale [10]. Un ensemble de facteurs externes (exposition à des toxiques ou des facteurs infectieux) ou internes (anomalies génétiques) perturberait le développement cérébral précocement. Ce trouble serait de nature à causer une constellation de symptômes cognitifs (efficacité intellectuelle, mémoire verbale et visuelle diminuées) et comportementaux dont ferait partie la pédophilie.

Les régions cérébrales en cause n'ont pu être clairement identifiées à ce jour.

La première hypothèse consisterait à incriminer un dysfonctionnement cortical fronto temporal. En faveur d'une telle hypothèse, nous pouvons avancer les données acquises à l'imagerie structurale : dilatation de la corne temporale au TDM [11], diminution de volume de la substance grise du cortex frontal [18], hypo activation du cortex préfrontal dorso latéral [20]. Le cortex préfrontal jouant un rôle majeur dans l'inhibition, une anomalie à ce niveau serait de nature à faciliter une dysrégulation du contrôle des pulsions sexuelles.

La seconde hypothèse consiste à incriminer les noyaux gris centraux impliqués dans la régulation du circuit fronto strié : diminution de la substance grise du putamen [18], activation significativement plus importante du thalamus, du pallidum et du corps strié [16]. Les noyaux gris centraux sont impliqués dans le traitement des signaux de récompense et jouent un rôle majeur dans le comportement d'asservissement. Un dysfonctionnement des circuits fronto striés compromettrait donc l'intégrité des comportements sexuels adaptés.

Enfin, une troisième hypothèse consiste à incriminer un trouble de la connectivité via la substance blanche entre des zones cérébrales fonctionnant sans anomalie. La dysconnection neuronale serait alors à l'origine des troubles cognitifs et de la déviance des préférences sexuelles. Cette hypothèse est soutenue par les résultats de Cantor et collaborateurs [4].

Cependant trop de résultats sont contradictoires : hypoactivation du cortex préfrontal dorso latéral [20] versus suractivation de cette même zone constatée par une autre équipe [17] ; diminution de volume de la substance grise corticale sans anomalie de la substance blanche [18] avec résultats strictement opposés obtenu par Cantor et collaborateurs [4].

Ces contradictions peuvent avoir plusieurs explications. Le nombre de sujets inclus dans les études en imagerie reste faible, puisque le plus souvent limité à moins de 20 individus. Ensuite, le recul est limité : la

plupart des études volumétriques et fonctionnelles sont le fait d'un nombre d'équipes très restreintes, les résultats n'ayant été publiés que très récemment.

Enfin, les études ont porté soit sur des cohortes de sujets pédophiles soit homosexuels, soit hétérosexuels, soit mixtes. De plus, certaines équipes ont inclus uniquement des pédophiles incestueux, alors que d'autres n'ont pas tenu compte de ce critère. Ce qui limite considérablement les comparaisons entre ces études du fait du profil criminologique variable existant entre ces groupes hétérogènes.

Seules des études réalisées par de nouvelles équipes indépendantes, sur des échantillons plus nombreux, et tenant compte du profil criminologique des sujets pourront permettre d'élaborer un modèle physiopathologique univoque de la pédophilie.

CONCLUSION

Plusieurs anomalies cognitives ont pu être identifiées chez les sujets présentant une préférence sexuelle dirigée vers des enfants pré pubères. Il s'agit d'une asymétrie cérébrale avec une latéralité préférentiellement gauche, une baisse de l'efficacité intellectuelle ainsi que des troubles de la mémoire verbale et visuelle. Ces données sont consensuelles puisque confirmées par plusieurs équipes indépendantes. Ce qui tendrait à considérer la pédophilie comme un trouble du comportement résultant d'une anomalie neurodéveloppementale. Il s'agirait d'un simple symptôme auquel seraient associées les autres anomalies cognitives identifiées.

En revanche, les mécanismes pathogéniques sont loin d'être identifiés. Les données recueillies par les études en imagerie structurale et fonctionnelle ne sont pas systématiquement confirmées, certaines étant même en contradiction selon les équipes. Les explorations en imagerie sont très récentes, la première étude morphométrique IRM datant de 2007 [18].

Un recul suffisant est donc nécessaire avant de pouvoir élaborer un modèle pathogénique univoque en cause dans la pédophilie. Des études neuropsychologiques abordant d'autres pans de la cognition sont nécessaires. De plus, d'autres études en imagerie structurale et fonctionnelle conduites par des équipes indépendantes, incluant des cohortes plus nombreuses sont indispensables afin de confirmer ou infirmer les hypothèses élaborées précédemment. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Editions Masson, Paris, 2000.
- [2] CANTOR J.M., BLANCHARD R., ROBICHAUD L. *et al.* – Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological Bulletin*, 2005, 131, 555-568.
- [3] CANTOR J.M., BLANCHARD R., CHRISTENSEN B. *et al.* – Intelligence, memory, and handedness in pedophilia. *Neuropsychology*, 2004, 18, 3-14.
- [4] CANTOR J.M., KABANI N., CHRISTENSEN B.K. *et al.* – Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *J. Psychiatric Research*, 2008, 42, 167-183.
- [5] CANTOR J.M., KLASSEN P., DICKEY R. *et al.* – Handedness in pedophilia and hebephilia. *Arch. Sex. Behav.*, 2005, 34, 447-459.
- [6] CANTOR J.M., KUBAN M., BLAK T. *et al.* – Grade failure and special education placement in sexual offenders' education histories. *Arch. Sex. Behav.*, 2006, 35, 743-751.
- [7] FROHMAN E.M., FROHMAN T.C., MOREAULT A.M. – Acquired sexual paraphilia in patients with multiple sclerosis. *Arch. Neurol.*, 2002, 59, 1006-1010.
- [8] GHICA-SCHMID F., ASSAL G., DE TRIBOLET N. *et al.* – Kluver-Bucy syndrome after left anterior temporal resection. *Neuropsychologia*, 1995, 33, 101-113.
- [9] HOENIG J., KENNA J. – EEG abnormalities and transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134, 293-300.
- [10] HEPPER P.G., SHAHIDULLAH S., WHITE R. – Handedness in the human fetus. *Neuropsychologia*, 1991, 29, 1107-1111.
- [11] HUCKER S., LANGEVIN R., WORTZMAN G. *et al.* – Neuropsychological impairment in pedophiles. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 1986, 18, 440-448.
- [12] LANGEVIN R., WOTZMAN G., WRIGHT P. *et al.* – Studies of brain damage and dysfunction in sex offenders. *Annals of Sex. Research*, 1989, 2, 163-179.
- [13] MAGNAN V. – Des Anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 13 janvier 1885 ; Editeur : A. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris, 1885.
- [14] MENDEZ M.F., CHOW T., RINGMAN J. *et al.* – Pedophilia and temporal lobe disturbances. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 2000, 12, 71-76.
- [15] SARTORIUS A., RUF M., KIEF C. *et al.* – Abnormal amygdala activation profile in pedophilia. *Eur. Arch. Psychiatry clin. Neurosci.*, 2008, 258, 271-277.
- [16] SCHIFFER B., KRUEGER T., PAUL T. *et al.* – Brain response to visual sexual stimuli in homosexual pedophiles. *J. Psychiatry Neurosci.*, 2008, 33, 23-33.
- [17] SCHIFFER B., PAUL T., GIZEWSKI E. *et al.* – Functional brain correlates of heterosexual paedophilia. *Neuroimage*, 2008, 41, 80-91.
- [18] SCHIFFER B., PESCHEL T., PAUL T. *et al.* – Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *Journal of psychiatric research*, 2007, 41, 753-762.
- [19] SCHILTZ K., WITZEL J., NORTHOFF G. *et al.* – Brain pathology in pedophilic offenders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2007, 64, 737-746.
- [20] WALTER M., WITZEL J., WIEBKING C. *et al.* – Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation. *Biol. Psychiatry*, 2007, 62, 698-701.

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

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

© 2009 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1570-1

Printed in France

