

Editorial

La pathologie médico-légale de la nuit

M. BÉNÉZECH¹, S. CHAPENOIRE²

« La nuit fait les crimes, et le jour les juges »
Michelet

1. INTRODUCTION

Le nocturne peut se ranger symboliquement en deux catégories opposées. D'une part, une image positive et rassurante en tant que dispensatrice de repos, de calme, de chaleur, de trêve, de protection, d'intimité familiale, de rêverie, d'autre part une image négative en tant que règne des ténèbres, de l'inconnu, de l'absence, de la tristesse, du danger, de la mort. Le psychiatre et philosophe allemand Karl Jaspers oppose la loi du jour, claire, ordonnée, efficace, et le monde de la nuit qui transgresse l'ordre diurne mais permet à la personne d'accéder à sa profondeur intérieure. Avant d'aller plus loin, il nous paraît indispensable de dire quelques mots supplémentaires sur le nocturne, ses ambiances, son univers.

2. CONTEXTE NATUREL ET SOCIAL

C'est traditionnellement celui de « l'inconscience » nocturne opposée à la « conscience » diurne. C'est l'obscurité, la perte d'information du réel, la diminution des perceptions visuelles, l'altération de la vision des couleurs, l'exacerbation des fantasmes liés à la peur du noir, à la rêverie, au mystère, au sexe. C'est le silence, le refuge, l'isolement, la tranquillité, le sommeil reposant. Dehors, c'est la présence des étoiles, de l'astre de nuit et de toutes les légendes qui y restent attachées. Le monde du nocturne, c'est aussi l'alcool et la drogue, la fête, les bars à hôtesses, les clubs, les discothèques, les cabarets à spectacle, les asiles de nuit, les espaces dangereux, les rencontres à risque, l'économie souterraine, les nuiteux, ces travailleurs de la

1. 266, rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.

2. 23, rue Pierre de Ladime, 33800 Bordeaux, France.

nuit, seuls ou en équipe, qui dorment le jour (employés, professionnels de santé, gardiens, policiers, pompiers, prostituées, etc.), mais aussi les habitués de la nuit, les insomniques, les noctambules, les poètes, les rêveurs, les viveurs, les noceurs, les délinquants. C'est encore l'imaginaire fantasmagorique de la pleine lune, des loups-garous, des vampires, des zombis, des fantômes, des monstres, des lieux infernaux. La nuit c'est le sentiment d'anonymat, de discréetion, d'irresponsabilité, de dissolution du surmoi dans l'alcool faisant disparaître les censures morales diurnes : « La nuit tous les chats sont gris ». C'est la nuit complice et permissive qui rassure certains anxieux, autorise l'irrationnel, le courage, l'audace, la déviance, la jouissance, la perversion, le laisser aller, l'abolition des contraintes et usages sociaux (« Docteur Jekyl et Mister Hyde »). Enfin, sur le plan chronobiologique, le nocturne c'est l'action de l'épiphysé et la variation des rythmes internes à l'organisme (mélatonine et cortisol plasmatiques, noradrénaline hypothalamique) avec l'euphorie de trois heures du matin suivie de la pénible désillusion de l'aube.

3. CRIMINALITÉ NOCTURNE

Le monde à part de la nuit est bien entendu favorable à certaines formes de délinquance dont les auteurs espèrent profiter (« pas vu, pas pris ») et ce d'autant qu'il y a moins de policiers en service quoi qu'ils soient généralement plus motivés et plus déterminés. Les incidents, les vols simples, les vols avec circonstances aggravantes (de nuit, avec arme, en réunion), les cambriolages avec parfois car et home jacking qui témoignent de la pré-méditation et de la détermination de leurs auteurs, les violences après boire, les règlements de compte, les agressions conjugales ou entre proches qui peuvent aller jusqu'à la mort, les violences urbaines par dégradation de biens, hostilité contre l'autorité, émeute (« nuit bleue »), les faux appels pour attaquer pompiers ou SOS médecins puis la police quand finalement elle intervient, toutes ces infractions contre biens et personnes étant souvent en relation avec l'abus d'alcool. Par contre, on observe la nuit une diminution des infractions routières, les flux des personnes et des véhicules étant moins importants et plus localisés, mais celles-ci sont souvent plus graves (obscurité, vitesse excessive, fatigue, alcoolisation, drogue, non respect de la signalisation, refus d'obtempérer, fuite et poursuite). On

observe de même une diminution de la délinquance astucieuse (filouterie, escroquerie).

Les crimes de la pleine lune (« full moon, full jail ») intéressent toujours policiers et médias. Les diverses études criminologiques sur le sujet ont des résultats contradictoires et celles qui concluent positivement ne tiennent pas suffisamment compte de deux facteurs sans relation avec la force de gravitation lunaire : la croyance générale en l'influence de l'astre nocturne (prophétie qui se réalise elle-même), le degré plus élevé de luminosité qui incite à sortir, à rester plus longtemps dehors et à boire davantage. Pour les astrophysiciens et neurophysiologistes, la marée gravitationnelle de notre cerveau entouré de liquide (« tempête dans un verre d'eau ») n'a très vraisemblablement aucune action criminogène sur notre activité mentale. D'autres comportements anti-sociaux ou dangereux sont corrélés préférentiellement au nocturne. Il s'agit des agressions sexuelles, de la délinquance liée aux différents modes de prostitution, des incendies volontaires par jeu (poubelle, voiture), vengeance ou intérêt (habitation, entreprise commerciale) ou des incendies involontaires par accident, négligence, inattention (cigarette allumée qui met le feu au domicile après l'endormissement du fumeur).

4. FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Le suicide dépressif fait partie de la pathologie médico-légale du nocturne. Il s'agit souvent soit d'une découverte le soir du corps comateux ou sans vie par un proche rentrant du travail, soit du terrible réveil suicidaire des petites heures du matin après une dernière rumination mélancolique ou une brusque impulsion. Les complications psychiatriques de l'abus d'alcool et de l'usage illicite de substances psychotropes sont elles aussi très classiques. L'ivresse alcoolique de type normal ou, chez les personnes qui ont le « vin mauvais », de type pathologique (excito-motrice, hallucinatoire, délirante, crépusculaire, dépressive, convulsive) s'accompagne de manifestations dangereuses pour soi-même (rarement) ou pour autrui (disputes, coups de couteau, homicides entre clochards) suivies d'un sommeil et d'une amnésie lacunaire quasi-totale (black-out). Le maximum symptomatique de la violence onirique induite par l'excès ou la suppression brutale de l'alcool est atteint au cours du célèbre *delirium tremens*.

(« très gros » ironisent les policiers). De façon générale, tous les états confusionnels s’aggravent la nuit, celle-ci favorisant par ailleurs les attaques de panique (crises d’angoisse).

Les troubles comportementaux liés aux psychoses délirantes (schizophrénie) sont fréquents, ces patients angoissés et hallucinés se rendant spontanément au commissariat ou nécessitant l’intervention sur place des forces de l’ordre : c’est la « crise de démence » à domicile ou sur la voie publique. Exceptionnellement, on peut être confronté à un trouble du sommeil provoquant un accès d’automatisme moteur complexe à l’origine d’accidents corporels (défenestration du syndrome d’Elpénor) ou de violences diverses pouvant être létales. Le « somnambulisme meurtrier » était connu des anciens aliénistes et faisait déjà l’objet au Moyen Age de dispositions permettant de reconnaître irresponsable son involontaire auteur. La règle et sa justification étaient enfermées dans la maxime *dormiens furioso aequiparatur* dont les lois romaines et canoniques avaient fourni les bases légales. A notre époque, les épisodes d’agressions homicides et sexuelles survenant à l’occasion du sommeil pathologique (somnambulisme du sommeil lent profond, parasomnie du sommeil paradoxal, épilepsie frontale nocturne fami-

liale) nécessitent pour être reconnus sur le plan médico-légal des explorations cliniques et paracliniques en laboratoire du sommeil.

5. CONCLUSION

Pour lutter contre la délinquance nocturne, la seule répression ne suffit pas. La sécurité des personnes et des biens passe par la connaissance concrète et approfondie du terrain (lieux dangereux, quartiers sensibles) et des réseaux criminels, l’identification des fauteurs de trouble, la présence des forces de police (brigades anticriminalité) et de gendarmerie, les programmes locaux et les pôles de prévention (lutte contre l’alcoolisme, le trafic de stupéfiants, les violences familiales, le chômage des jeunes, l’absentéisme scolaire), le rappel à l’ordre des contrevenants, l’adaptation de l’environnement urbain (éclairage, accès aux immeubles, aux parties communes, aux caves, aux parkings). La recherche de renseignements par les diverses autorités et l’étroite collaboration entre ces dernières sont donc indispensables à la mise en place de ces objectifs de prévention et de répression. ■

ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

sous la direction de Philippe MERVIEL

L'assistance médicale à la procréation (AMP) regroupe différentes méthodes thérapeutiques (stimulation de l'ovulation, insémination, fécondation in-vitro...) visant à permettre à un couple infertile d'obtenir une grossesse. Si les inséminations sont pratiquées depuis plus de 200 ans, c'est dans les trente dernières années que la fécondation in-vitro (FIV) a connu son développement. Ainsi, Louise Brown, premier enfant issu de cette technique, est née en Angleterre en Juillet 1978. Il fallut ensuite attendre six ans pour obtenir la naissance d'un enfant après transfert d'embryons congelés, et huit ans de plus après microinjection intra-cytoplasmique des spermatozoïdes (ICSI). Au début des années 90 apparut le diagnostic pré-implantatoire (DPI) visant à permettre la naissance d'enfants dépourvus de maladies particulièrement graves ou léthales ; et en 2000 le premier enfant né après maturation in-vitro (MIV) des ovocytes, laissant entrevoir une conception assistée sans stimulation ovarienne. Enfin, plus près de nous, une grossesse a été obtenue après greffe de fragments d'ovaire chez une femme prématurément ménopausée.

- Que nous réserve encore l'avenir des conceptions médicalement assistées... ?
- Comment empêcher les dérives de ces techniques, incompatibles avec la loi et l'éthique humaine... ?

C'est pour mieux expliquer toutes ces étapes scientifiques essentielles dans la prise en charge de l'infertilité du couple, et répondre aux nombreuses questions qui se posent encore, que plusieurs spécialistes français se sont réunis pour participer à cet ouvrage, que j'ai eu le plaisir d'initier et de coordonner.

Je souhaite dédier ce livre au professeur Jacques Salat-Baroux qui fut mon maître et l'un des plus grands spécialistes de la médecine de la reproduction.

Professeur Philippe MERVIEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et chef de clinique-assistant à l'Hôpital Tenon, actuellement professeur des universités – praticien hospitalier au CHU d'Amiens.

Avec la participation de :

Jean COHEN, Philippe MERVIEL, Jean-Marie ANTOINE, Jean-Luc POULY, Bernard HEDON
Jean-René ZORN, Joëlle BELAISCH-ALLART, Dominique LE LANNOU, André HAZOUT
Betty ROSSIN-AMAR, Robert WAINER, Dominique ROYERE, Jacqueline MANDELBAUM
Samir HAMAMAH, Estelle FEYERISEN, Florence LESOURD, Catherine RONGIÈRES
Juliette GUIBERT, Yves MENEZO, Catherine POIROT, Brigitte LEFEVRE
Céline MOUTOU, Jacques de MOUZON, Michèle PLACHOT, Jacques MONTAGUT
René FRYDMAN



**Editions
ESKA**

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

<http://www.eska.fr>

ISBN 2.7472.0785.4
17 x 24 cm - 336 pages

Prix : 90,00 €
+ 3,51 € de frais de port

BON DE COMMANDE à retourner aux Éditions ESKA

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

Je désire recevoir exemplaire(s) de « ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION » au prix de 90,00 € + 3,51 € de frais de port, soit 93,51 € x = €

NOM Prénom

Adresse

Code postal Ville

Je joins mon règlement par : Chèque bancaire à l'ordre des Éditions ESKA
 Virement postal aux Éditions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z