

SOMMAIRE — CONTENTS

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

2010 – VOL. 53 – N° 4-5

Editorial

La prison d'État dans la Rome antique : le *carcer mamertinus*, p. 149
M. Bénézech

State prison in ancient Rome: the carcer mamertinus

Articles originaux / Original Articles

- Séquence des réponses agoniques dans huit pendaisons filmées : étude physiopathologique de l'asphyxie de pendaison chez l'humain. A. Sauvageau, R. La Harpe, V. J. Geberth, R. Clément 151
Sequence of responses in the death throes of eight filmed hangings: physiopathological study of asphyxia of hanging in human beings
- Économie parallèle d'une délinquance de survie à une délinquance de profit.
T. Toutin, N. Fraj-Bouslimani, M. Bénézech 157
Parallel economy from delinquency for survival to delinquency for profit
- Évaluation des taux de récidive des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein d'équipes de santé spécialisées en Région Wallonne. Thierry Pham, Claire Ducro, Bernard Pihet, Michel Martin 167
Assessment of rate of repeat offences by those already convicted of sexual assault and cared for by specialist health teams in the Walloon region

Dommage Corporel / *Bodily Damage*

Les contentieux de la Sécurité Sociale. Vincent Dang Vu	179
<i>Social Security legal departments</i>	
L'inaptitude médicale au travail. Vincent Dang Vu.....	199
<i>Medical inability to work</i>	

50^e Réunion de l'Association Italo-Belgo-Franco-Suisse*

Toulouse, France, 24 et 25 septembre 2010

50th Meeting of the IBFS Association*

1^{re} partie / *Part I*

Communications

Colchicine : diagnostic et étude histopathologique de l'intoxication. G. Schmit, E. Toure, Ph. Hantson, F. Bonbled	213
<i>Colchicine: diagnosis and histopathological study of colchicine intoxication</i>	
Prise en charge des victimes d'agressions sexuelles : exemple genevois. R. La Harpe, A-T. Vlastos ...	219
<i>Management of victims of sexual assault: the example of Geneva</i>	
Le droit tunisien et l'infection par le VIH. Tasnim Masmoudi, Majed Zemni, Mohamed Kamel Souguir, Maher Jedidi.....	222
<i>Tunisian law and HIV infection</i>	
Homicide involontaire par arme blanche : intérêt de l'autopsie. M. Ben Dhiab, M. Jedidi, W. Majdoub, S. Mlayeh, M. Zemni.....	225
<i>Unintentional manslaughter by stabbing: the interest of the autopsy</i>	

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

Intoxication criminelle par le Datura Stramonium : à propos de deux observations. M. Zhioua, M. Allouch, F. Gloulou, M. Ben Khelil, M. Shimi, A. Banasr, M. Hamdoun.....	229
<i>Criminal intoxication with Datura Stramonium: two observations</i>	
Intoxication aiguë mortelle par la lépiote brune : à propos de 4 observations. M. Zhioua, M. Ben Khelil, M. Allouche, F. Gloulou, M. Shimi, O. Bakir, A. Banasr, M. Hamdoun.....	232
<i>Acute fatal intoxication with lepiota helveola: 4 observations</i>	

Bulletin d'abonnement 2011 / *Subscription form 2011*, 238

Analyse d'ouvrage / *Book Analysis*, 239

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

PREMIÈRE ANNONCE POUR PRÉ-INSCRIPTION

L'Association internationale droit, éthique et science (IALES), Paris, le Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé (CIDES), Université de Namur (FUNDP), le Centre de Droit Médical et Biomédical (CDMB), Université catholique de Louvain et le Réseau international francophone de bioéthique vous invitent à participer aux

V^{es} RENCONTRES INTERNATIONALES FRANCOPHONES DE BIOÉTHIQUE

CONSTRUIRE ET ENSEIGNER LA BIOÉTHIQUE DANS LES PAYS FRANCOPHONES :
AU CARREFOUR DES DISCIPLINES ET DES PRATIQUES

qui auront lieu du 7 au 9 avril 2011 à Louvain la Neuve (le 7) et Namur (les 8 et 9).

Vous êtes invité à vous pré-enregistrer en nous retournant le bulletin ci-joint et en précisant l'atelier dans lequel vous souhaitez intervenir (avec, le cas échéant le titre et un résumé de votre projet de présentation).

Sauf exception (pour les étudiants et les orateurs invités), il est demandé à chacun 100 euros au titre de droits d'inscription (paiement à l'ordre de...), comprenant l'accès aux séances, le dossier, les pauses-café et la réception de bienvenue.

BULLETIN D'INSCRIPTION

V^{es} RENCONTRES INTERNATIONALES FRANCOPHONES DE BIOÉTHIQUE 7-9 avril 2010

NOM : Prénom :

Fonction – discipline :

Institution :

Adresse :

Téléphone : Télécopie :

Courrier électronique :

Je souhaite participer à l'atelier :
(indiquer oui ou non)

- devenir bioéthicien
- se former à l'éthique clinique
- se former à l'éthique de la recherche
- se former à l'éthique de la transplantation
- informer, éduquer, sensibiliser
- les grands axes de la recherche en bioéthique
- réunion des comités d'éthique (pour les membres des comités) :

A la table-ronde

Je souhaite soumettre une présentation : donner le titre et un résumé (texte complet à envoyer avant le 1^{er} mars 2011 ; le conseil scientifique vous fera connaître si celle-ci peut être faite oralement).

Intitulé de la présentation :

Résumé de la présentation :

Date d'arrivée : de départ :

Droits d'inscription (comprenant les déjeuners et pauses-café) : 100 euros/personne

Bulletin à retourner à christian.byk@aliceadsl.fr et à laurent.ravez@fundp.ac.be

Éditorial

La prison d'État dans la Rome antique : le *carcer mamertinus*

M. BÉNÉZECH¹

Si l'on voit à Rome des files interminables de touristes pour visiter les musées du Vatican ou le Colisée, on peut sans aucune attente se rendre dans l'ancien *carcer*, c'est-à-dire la prison mamertine. Ce site historique, situé au pied de la colline du Capitole sous l'église Saint-Joseph des Menuisiers, surplombe immédiatement le Forum, place publique où l'on rendait la justice. C'est là que les pouvoirs officiels, quelques siècles avant l'ère chrétienne, firent construire une bâtisse constituée de deux niveaux superposés et destinée à recevoir les ennemis de la cité de Rome dans l'attente de leur jugement ou de leur exécution, par strangulation ou décapitation le plus souvent.

En effet, à part la détention perpétuelle du crime contre l'État, la loi romaine antique refuse générale-

ment la peine d'emprisonnement, la prison ayant pour but essentiel de maintenir le suspect à la disposition de la justice : « *carcer enim ad continendos homines, non ad puniendos haberi debet* » (En effet, la prison est faite pour retenir les hommes et non pour les punir) (Digeste, 48, 19, 8, 9). Pour le prix de quelques euros, le visiteur curieux, muni d'un audioguide, peut suivre les six étapes d'un itinéraire d'une bonne quarantaine de minutes qui lui fera traverser l'église San Pietro (Saint-Pierre, crypte supérieure du *carcer*), descendre par un petit escalier en pierre dans le *Tullianum* (cachot, crypte inférieure du *carcer*), entendre des commentaires sur ce dernier, sur les édifices religieux bâtis au-dessus (San Pietro, San Giuseppe dei Falegnami), sur le « mur » de Rome, enfin sur la Chapelle du Crucifix.

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

Tout semble avoir commencé avec le fameux *Tullianum*, ancien réservoir d'eau, qui tirerait son nom de celui qui aurait ordonné sa construction, *Servius Tullius*, sixième roi de Rome (vers 578-535 av. J.-C.). Le nom commun *tullius* désigne un jet d'eau, une cascade, une source qui serait à l'origine de la dénomination de ce local souterrain. Autrefois, celui-ci ne communiquait avec le rez-de-chaussée de la prison que par une ouverture au sommet de la voûte de pierre le couvrant. D'ailleurs, à plusieurs reprises dans l'histoire romaine, le *Tullianum* se trouvera complètement inondé, noyant les détenus jetés dans cette humide oubliette. Reconstitué sous Tibère, le *carcer* prendra au Moyen Âge le nom de prison de Mamertin.

La prison publique de Rome recevra des détenus célèbres parmi lesquels il est d'usage de citer Jugurtha, Vercingétorix, Vitellius, et même selon la tradition orale les apôtres Pierre et Paul. La mise à mort des coupables avait lieu soit dans la prison elle-même, soit sur les escaliers extérieurs qui la longeaient et qui faisaient communiquer le forum avec le point culminant du Capitole où se situait la roche tarpéienne. Il s'agissait des fameuses marches des Gémonies (*Scalae Gemoniae*, escaliers des lamentations) à l'origine de l'expression française « vouer aux gémonies ». Si l'exécution était faite à l'intérieur du *carcer*, le corps était traîné par un croc jusqu'auxdites marches pour être exposé à la vue des passants avant d'être jeté dans le Tibre. Le sort des ennemis de la cité romaine n'était pas enviable, quoique les empereurs savaient à l'occasion faire grâce aux perdants.

Il existait déjà à l'époque une ébauche d'organisation pénitentiaire avec les triumvirs capitaux (trois magistrats de rang inférieur) responsables des exécutions

et de la surveillance du *carcer* : « qui avaient l'inspection des prisons » (Digeste, 1, 2, 2, 30). Les épouvantables conditions d'incarcération (obscurité du cachot, brutalité des geôliers) seront améliorées par une des constitutions de Constantin en l'an 320 précisant que le prisonnier, dans l'attente de son jugement, doit être « maintenu en bonne santé » dans un endroit éclairé et aéré pendant la journée et dans des lieux salubres pendant la nuit. Ce même texte interdit aux gardiens de torturer et de tuer les personnes innocentes (pas encore séparées des coupables), ainsi que de les laisser dépérir en les privant de nourriture (Code justinien, 9, 4, 1). Sous l'Empire chrétien, des sanctions visent les gardiens (esclaves publics, soldats détachés) qui par leur négligence ou leur collaboration permettent aux prisonniers de s'échapper (Digeste, 48, 3, 14, 2 et 7 ; 48, 19, 38, 11), mettent en péril leur intégrité physique (suicide, meurtre) (Digeste, 48, 3, 14, 3-5), favorisent pour de l'argent une évasion (Sentences de Paul, 5, 31, 1).

Il faut noter pour terminer que la prison d'État de la Rome antique n'était pas le seul lieu de détention. Il y avait encore les carrières (*Lautumiae*) toutes proches, les édifices réquisitionnés dans l'urgence, l'ergastule (*ergastulum*) réservé aux esclaves délinquants et surtout la prison privée (*carcer privatus*) pour dettes. En effet, la procédure de la *manus injection* (Loi des Douze Tables, 17, 13) permettait au créancier de mettre aux fers et même d'incarcérer dans sa propre prison le débiteur insolvable ou récalcitrant pendant une période de soixante jours. Si la dette n'était pas réglée à la fin de cette période, le créancier avait le droit de mettre à mort son prisonnier ou de le vendre comme esclave au-delà du Tibre. ■

Séquence des réponses agoniques dans huit pendaisons filmées : étude physiopathologique de l'asphyxie de pendaison chez l'humain*

A. SAUVAGEAU¹, R. LA HARPE², V. J. GEBERTH³, R. CLÉMENT^{4,1}

RÉSUMÉ

L'étude de pendaisons filmées est un moyen prometteur dans l'étude de la pathophysiologie de l'asphyxie par pendaison chez l'humain. Dans l'étude présentée, huit pendaisons filmées ont été étudiées. Considérant le début de la pendaison comme le temps 0, une perte de conscience rapide est observée (8 à 18s), étroitement suivie de convulsions (10 -19s) dans tous les cas. S'ensuit une séquence complexe de rigidités de décérébration et de décorication. Le dernier mouvement musculaire est observé entre 1min02s et 7min 31s. La respiration, dont les caractéristiques sont très similaires entre les cas, devient profonde au bout de 13-24s et s'arrête entre 1min 02s et 2min 05s. Malgré une diversité dans les types de pendaisons impliquées, cette étude met en évidence de grandes similitudes des réponses physiopathologiques.

Mots-clés : Pendaison, Asphyxie, Pathophysiologie, Enregistrement vidéo.

* Cet article a fait l'objet d'une publication similaire dans le *Journal of Forensic Sciences* (référence: Sauvageau A, La Harpe R, Geberth VJ., The Working Group on Human Asphyxia. (2010) Agonal sequences in eight filmed hangings: analysis of respiratory and movement responses to asphyxia by hanging. *J Forensic Sci*;55(5):1278-81).

1. Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale, 1701 rue Parthenais, 12^e étage, MONTRÉAL (QUÉBEC) Canada, H2K 3S7. anny.sauvageau@gmail.com

2. Centre Universitaire Romand de Médecine Légale – Site Genève, 1 Michel Servet st (CMU), 1211 GENÈVE 4 (Suisse).

3. P.H.I. Investigative Consultant Inc. PO Box 197, Garneville, NY 10923 (USA).

4. Laboratoire de médecine légale, Faculté de Médecine de Nantes, 1 rue Gaston Veil, 44035 NANTES Cedex 1 (France).

SUMMARY

Sequence of reponses in the death throes of eight filmed hangings: physiopathological study of asphyxia of hanging in human beings

The human pathophysiology of asphyxia by hanging is still poorly understood. Filmed hangings may hold the key to answer questions regarding the sequence of events leading to death in human asphyxia. Eight filmed hangings were analyzed. With the time 0 representing the onset of hanging, rapid loss of consciousness was observed (at 8-18s), closely followed by appearance of convulsions (at 10-19s) in all cases. A complex pattern of decerebration and decortication rigidity was then observed in all cases. Last isolated muscle movement occurred between 1min02s and 7min31s. High similitude was observed for respiratory responses: onset of very deep respiratory attempts between 13 and 24 seconds, last attempt between 1min02s and 2min05s. Despite differences in the types of hanging, this unique study reveals similarities that are further discussed.

Key-words: Hanging, Asphyxia, Pathophysiology, Video recording.

INTRODUCTION

La pendaison est une circonstance médico-légale fréquemment rencontrée par les médecins légistes. Les constatations qui résultent de l'examen de corps externe et/ ou de l'autopsie des personnes pendues doivent permettre aux autorités judiciaires de répondre à plusieurs interrogations. Parmi ces questions figurent plusieurs questionnements reliés à la physiopathologie de la pendaison, comme par exemple sur le délai de survie de la victime. Or, ces questions sont difficiles dans l'état actuel des connaissances médico-légales. En effet, un problème toujours non résolu concerne celui de la physiopathologie de la pendaison, puisque la séquence temporelle exacte des réponses musculaires et respiratoires demeure mal connue.

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons étudié les enregistrements vidéos de pendaisons suicidaires et autoérotiques. Par ces visionnages, les différents signes cliniques de la pendaison peuvent être identifiés et classés par séquence, cette étude

permettant d'approcher la physiopathologie de la pendaison.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un total de 8 films a pu être visionné provenant de trois pays : Canada, USA et Suisse. Six enregistrements concernent des pendaisons autoérotiques et deux des suicides. Toutes les victimes sont des hommes. Les pendaisons sont diversifiées quant aux types de lien (vêtements, cordes, fils électriques) et à la position de pendaison : une pendaison complète les pieds dans le vide (cas #3), 5 pendaisons incomplètes les pieds au sol (cas #1,2,6,7,8), une pendaison incomplète agenouillé au sol (cas #4) et une pendaison incomplète le corps presque allongé au sol (cas #5). Le point de suspension était localisé en postérieur du cou dans tous les cas.

Cette étude s'est attachée à déterminer l'apparition et le temps de survenue de la perte de conscience, des

convulsions, des signes de rigidité de décortication (extension du tronc, des membres inférieurs et flexion des membres supérieurs) et de décérébration (extension de tous les membres). Les mouvements respiratoires ont été également étudiés. Le temps 0 correspond à l'instant où la victime se pend. Chaque vidéo a été analysé par au moins deux évaluateurs, l'un de ces évaluateurs ayant vu l'ensemble des vidéos.

RÉSULTATS

L'ensemble des observations des huit cas est présenté dans le tableau I. La perte de connaissance débute rapidement, dans un intervalle de temps compris entre 8 et 18 secondes (s) après la suspension. Des convulsions suivent immédiatement, dans tous les cas, dans un délai de 10 à 19s. Puis une première séquence de rigidité de décérébration apparaît entre 11 et 31s, sui-

vie d'une première phase de rigidité de décortication intervenant entre 21s et 1min 08s. Pour le cas 5 cependant, la rigidité de décortication précède la phase de décérébration. Une perte du tonus musculaire est observée entre 1min 38s et 2min 15s, suivie de quelques mouvements musculaires isolés, le dernier de ses déplacements étant observé entre 1min02 s et 7min 31 s.

Les mouvements respiratoires visibles et audibles prennent un caractère ample et profond entre 13s et 24s après le début de la pendaison, pour se terminer entre 1min02 s et 2min47 s. Dans deux cas, ils n'ont pu être parfaitement authentifié par le visionnage vidéo.

DISCUSSION

Les explications physiopathologiques des pendaisons découlaient des expérimentations historiques [1-3] et de la prise en charge médicale des personnes dont

Tableau I : Délais d'apparition des séquences cliniques agoniques

	1	2	3	4	5	6	7	8
Perte de connaissance	13s	nd*	18s	nd*	10s	8s	10s	12s
Convulsions	15s	14s	19s	18s	13s	11s	10s	14s
Décérébration	19s	19s	21s	nd*	1min 19s	31s	11s	20s
Décortication 1 ^{re} phase	21 s	1min 08s	1min 00s	nd*	59s	33s	26s	31s
Décortication 2 ^{ème} phase	1min 11s	1 min 32 s	1 min 04 s	nd*	non	non	34s	non
Perte de tonus musculaire	1min 38s	2min 15s	2min 04s	nd*	1min 52s	non	nd*	non
Dernier mouvement musculaire	4min 10s	2min 47s	3min 01s	nd*	7min 31s	1min 02s	nd*	nd*
Les mouvements respiratoires profonds								
Début	20s	21s	22s	24s	13s	19s	13s	16s
Fin	2min 00s	2min 47s	2min 04s	nd*	2min 05s	1min 02s	nd*	nd*

nd* : non déterminé

la pendaison a avorté (accidentellement ou par l'intervention d'un tiers). Actuellement les médecins réanimateurs schématisent trois tableaux cliniques [4-5] : victime consciente sans arrêt cardio-respiratoire ; pendaison sans gravité majeure le patient présentant un coma agité avec myosis, œdème laryngé, trismus, polypnée et tachycardie sinusale ; et pendaison d'emblée grave avec coma (score de Glasgow entre 3 et 7), hypertonie, mydriase et convulsions. Dans ces tableaux cliniques, serait présent un œdème aigu du poumon. La physiopathologie des pendaisons selon ces spécialistes, s'expliquerait par des phénomènes d'asphyxie respiratoire produit par le refoulement de la base de la langue contre le voile du palais obstruant les voies aériennes supérieures. Les autres symptômes résulteraient d'une inhibition réflexe exercée sur le larynx avec irritation du nerf pneumogastrique et par stimulation excessive du ou des glomérules carotidiens. Les troubles cérébraux auraient pour cause l'occlusion des vaisseaux latéraux du cou. Il existerait alors une anoxie cérébrale rapide, un œdème cérébral aggravé par l'acidose d'origine respiratoire, la stase sanguine et les extravasations vasculaires. Cet œdème cérébral pérenniserait les souffrances tissulaires. Le pronostic médical est sombre pour ces personnes dépendues, 70 % décédant avant l'arrivée à l'hôpital [5]. De ces considérations cliniques la pendaison provoquerait une irritation des glomérules carotidiens, une atteinte respiratoire par une asphyxie mécanique liée à l'obstruction des voies aériennes respiratoires, et une atteinte cérébrale par l'occlusion des veines jugulaires et/ou artérielles caractérisant les pendus dits « bleus » ou « blancs ».

Les ouvrages internationaux de médecine légale sont peu explicites sur les conditions physiopathologiques des pendaisons. DiMaio impute la pression sur le cou dans la région de l'artère carotidienne pour entraîner un état d'inconscience en 10 secondes [6]. Cette constatation découle d'une étude inacceptable d'un point de vue de l'éthique médicale, par Rossen *et al.* 85 hommes volontaires âgés entre 17 et 31 ans, ont été asphyxiés par insufflation d'un appareil enserrant le cou [7]. Les auteurs constataient que la perte de connaissance apparaissait au bout de 5 à 11 secondes, suivie de convulsions généralisées. Dans le livre coordonné par Spitz [8], il est simplement mentionné une phase de conscience au début de la pendaison.

Dans notre série de 8 cas, la perte de connaissance dans les pendaisons survient rapidement en quelques secondes, que la suspension du corps soit totale ou partielle. Ces données corroborent les résultats de recherche

de Rossen *et al.* [7]. Outre les études de notre groupe de recherche [9-10], deux autres pendaisons filmées ont été rapportées [11-12]. Risse et Weiler ont rapporté le cas d'une pendaison autoérotique filmée [11] dans laquelle la perte de conscience est survenue après 55 secondes. Dans le cas rapporté par Yamasaki *et al.* [12], la perte de connaissance est très précoce, entre 4 à 10 secondes.

Les symptômes qui apparaissent après sont une rigidité de décortication et de décérébration. La première traduit des troubles hémisphériques cérébraux étendus. La deuxième traduit quant à elle un trouble isolé du mésencéphale, est habituellement associé à un coma profond et est normalement précédé des signes de décérébration. C'est ce que voudrait la logique physiopathologique. Mais dans notre étude, ces principes sont malmenés par les enregistrements vidéos. En effet, un seul cas sur huit serait conforme à cette logique. Le modèle de l'œdème cérébral provoqué par l'anoxie tissulaire ne s'intègre pas complètement dans la physiopathologie des pendaisons. Celui de la congestion cérébrale par blocage des veines jugulaires du cou en l'absence d'atteinte des artères carotidiennes, non plus. Le système de drainage du mésencéphale s'effectue par deux veines des tubercules des quadrijumeaux pour se projeter dans l'ampoule veineuse de Gallien. Celle-ci ne se draine pas à proximité des veines jugulaires internes. Le mésencéphale n'est donc pas une zone anatomique particulièrement plus vulnérable à la congestion veineuse. L'hypothèse d'une sensibilité du mésencéphale à l'hypoxie pourrait être avancée mais n'est pas confirmée. Cette zone anatomique est vascularisée par trois niveaux artériels. L'un provient des artères des péduncules cérébraux issues de l'extrémité antérieure de l'artère basilaire, l'autre des artères colliculaires antérieures et moyennes provenant de l'artère cérébrale postérieure et le dernier des artères colliculaires postérieures venant des artères cérébelleuses supérieures. Des travaux chinois ont montré une sensibilité plus importante à l'hypoxie de la zone dorso-médiale du mésencéphale par rapport à la zone ventro-latérale [13]. Une publication indienne établissait en 1993, une échelle de sensibilité à l'hypoxie des éléments cortico-cérébraux [14] : le mésencéphale était la structure la plus vulnérable, puis les ganglions de la base et enfin les centres végétatives. Mais il n'existe pas de travaux scientifiques éprouvés comparant la résistance à l'hypoxie des différentes structures cortico-cérébrales. Pour une raison mal définie, l'expression clinique de l'atteinte du mésencéphale s'exprime géné-

ralement au début de la pendaison plutôt que de s'individualiser après un trouble cérébral diffus.

Les enregistrements vidéos démontrent clairement qu'après une période d'environ 13 à 24 secondes, la victime présente d'amples mouvements respiratoires audibles avec forte composante abdominale. Le passage de l'air est audible. L'exploration de ces mouvements respiratoires n'évoque pas une respiration de type cheynes stokes, signifiant l'atteinte du mésencéphale ou de Kussmall résultant d'une acidose métabolique. La personne pendue respire, ce qui démontre clairement que l'élément physiopathologique principal d'une pendaison est le blocage vasculaire et non l'obstruction des voies respiratoires. Cette constatation médico-légale contredit les expérimentations qui avaient été pratiquées lors d'autopsie [1-3] et l'hypothèse affirmée d'une asphyxie mécanique par blocage des voies respiratoires. Les travaux d'Ikeda *et al.* sur les chiens avaient démontré que les troubles respiratoires provoqués par la pendaison étaient différents d'une simple obstruction trachéale [15]. La dyspnée n'était pas immédiate, l'apnée plus tardive et la respiration terminale plus prolongée. L'enregistrement par caméscope de la pendaison d'un homme, étudié par Yamasaki [12], affirme clairement que les troubles respiratoires ne peuvent s'expliquer par les modifications chimiques sanguines (hypercapnie et hypoxie) liés à l'asphyxie respiratoire.

Un point étonnant de cette recherche est que malgré la variabilité des moyens utilisés pour la pendaison (liens rigides ou souples, fins ou larges, avec ou sans nœuds ; pendaison complète suspendue, debout ou assise) les données physiopathologiques recueillies sont relativement similaires. Cependant, l'exploitation des enregistrements des vidéos de ces pendaisons doit pouvoir s'enrichir d'autres cas afin d'en parfaire les données cliniques. Un groupe d'étude sur l'asphyxie humaine (WGHA pour Working Group on Human Asphyxia) s'est constituée lors d'une séance au 58^e congrès de l'académie américaine des sciences médico-légales (AAFS), appelant les médecins légistes à participer à cette recherche en apportant des nouveaux cas.

CONCLUSION

La fréquence des interventions médico-légales pour les pendaisons doit sensibiliser les médecins légistes

à s'intéresser de nouveau à sa physiopathologie. Grâce aux visionnages de pendaison à visée suicidaire ou autoérotique, la symptomatologie clinique commence à être connue. La perte de connaissance est rapide, les convulsions surviennent très tôt, des signes de rigidité de décérébration et de décortication apparaissent ensuite, souvent dans des séquences inhabituelles. La respiration devient ample et profonde rapidement et dure moins de trois minutes. La perte de tonicité musculaire se constitue au bout d'une à trois minutes et le dernier mouvement apparaît entre 1 et 8min. L'accumulation des enregistrements vidéos étudiés des pendaisons et la collaboration avec le WGHA doit pouvoir préciser et compléter les connaissances cliniques et physiopathologiques des conséquences de la striction d'un lien sur le cou. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] TARDIEU A. – Étude médico-légale sur la pendaison. *Ann Hyg Pub Med Lég* 1870, 33, 78-128.
- [2] FLEICHMAN G. – Des différents genres de mort par strangulation. *Ann Hyg Pub Med Lég* 1852, 8, 432.
- [3] BROUARDEL P., CAMILLE H. – *La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion*. Paris, J.B. Baillière et fils, 1897.
- [4] MATSUYAMA T., OKUCHI K., SEKI T., MURAO Y. – Prognostic factors in hanging injuries. *Am J Emerg Med*. 2004, 22, 3, 207-10.
- [5] PENNEY DJ, STEWART AH, PARR MJ. – Prognostic outcome indicators following hanging injuries. *Resuscitation* 2002, 54, 1, 27-9.
- [6] DiMAIO VJ, DiMAIO D. – Asphyxia. Dans: Geberth V.J., series editor. *Forensic pathology*, 2nd ed. Boca Raton, FL: CFC Press, 2001, p. 229-77.
- [7] ROSSEN P., KABAT H., ANDERSON JP. – Acute arrest of cerebral circulation in man. *Arch Neurol Psychiatry* 1943, 50, 510-28.
- [8] SPITZ W.U. – Asphyxia. Dans: Spitz D.J. editors. *Spitz and Fisher's medicolegal investigation of death: guidelines for the application of pathology to crime investigation*, 4th ed. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher Ltd, 2006, p. 783-845.
- [9] SAUVAGEAU A., RACETTE S. – Agonal sequences in a filmed suicidal hanging: analysis of respiratory and movement responses to asphyxia by hanging. *J Forensic Sci*. 2007, 52, 4, 957-9.
- [10] SAUVAGEAU A. – Agonal sequences in four filmed hangings : analysis of respiratory and movement responses

- to asphyxia by hanging. *J Forensic Sci.* 2009, 54, 1, 192-4.
- [11] RISSE M., WEILER G. – Agonal and postmortem movement sequences in hanging. *Beitr Gerichtl Med.* 1989, 47, 243-6.
- [12] YAMASAKI S., KOBAYASHI A.K., NISHI K. – Evaluation of suicide by hanging from the video recording. *Forensic Sci Med Pathol.* 2007, 3, 1, 45-51.
- [13] HONG L.Z., KUO J.S., YEN M.H., CHAI C.Y. – Dorsomedial medulla is more susceptible than rostral ventrolateral medulla to hypoxic insult in cats. *J Appl Physiol.* 2001, 90, 1, 248-60.
- [14] PRADEEP K.G., KANTHASWAMY V. – Survival in hanging. *Am J Forensic Med Pathol.* 1993, 14, 1, 80-1.
- [15] IKEDA N., HARADA A., SUZUKI T. – The course of respiration and circulation in death due to typical hanging. *Int J Legal Med.* 1992, 104, 6, 313-5.

Économie parallèle d'une délinquance de survie à une délinquance de profit

T. TOUTIN¹, N. FRAJ-BOUSLIMANI², M. BÉNÉZECH³

RÉSUMÉ

Le concept d'économie souterraine englobe toutes sortes d'activités illégales produisant des gains financiers importants à des individus démunis de scrupules et qui s'enrichissent parfois considérablement. Cependant les mis en cause ne se ressemblent pas tous. Selon l'activité antisociale, les profils criminologiques peuvent être radicalement différents, notamment si l'on compare les trafiquants de drogue (les plus jeunes) aux fraudeurs et aux escrocs (les plus âgés).

En outre, le cheminement de l'argent sale correspond à ces profils criminologiques. Dépensé de manière ostensible pour les plus jeunes, il sera investi dans l'immobilier ou transféré à l'étranger pour les plus aguerris et les plus âgés.

Mots-clés : Économie souterraine, argent sale, blanchiment d'argent, non-justification de ressources, profils criminologiques.

SUMMARY

Parallel economy from delinquency for survival to delinquency for profit

The concept of an underground economy encompasses all sorts of illegal activities producing significant financial gain to unscrupulous individuals who sometimes acquire considerable wealth. However those concerned are not all alike. Depending on the antisocial activity, the criminal profiles may be radically different, especially if we compare drug dealers (the youngest) with tax evaders and swindlers (the oldest).

Furthermore, the course followed by dirty money corresponds to these criminal profiles. It is spent very ostensively by the youngest, while it is invested in property or transferred abroad by the most hardened and oldest criminals.

Key-words: *Underground economy, dirty money, money laundering, non-justification of revenue, criminal profiles.*

1. Commandant de police, membre de la Société Internationale de Criminologie, France.

2. Avocate près la Cour d'Appel de Paris, membre du Comité scientifique de la Société Internationale de Criminologie, France.

3. Psychiatre, légiste, criminologue, France.

1. INTRODUCTION

Dans un article intitulé « Economies souterraines et mafias : le discours sécuritaire à l'épreuve des faits », Michel Kokoreff [3] tentait de démontrer, à propos des trafics de drogue dans les quartiers populaires, qu'il y avait un écart entre l'ordre du discours et la réalité sociale. Il soulignait notamment que des travaux approfondis, datant de 1994, étaient venus relativiser le mythe de l'économie souterraine et de l'enrichissement des banlieues. Si ce constat était valable en 1994, nous observerons que les choses ont bien changé depuis. Il semble en effet que « l'économie de survie s'inscrivant plus généralement dans des systèmes de débrouillardise », décrite par cet auteur, a laissé place à une économie parallèle plutôt bien structurée, générant des gains considérables d'argent pour des délinquants chevronnés et organisés.

Que désigne ce concept d'économie souterraine ? En fait, il n'existe pas une mais plusieurs définitions pour désigner ce que représente l'économie souterraine, appelée parfois par des journalistes « mafia des cités » [5]. Les instances internationales l'interprètent comme « la somme des activités productrices licites non déclarées » (fraudes, évasions fiscales, dissimulation de recettes, TVA non reversée, etc.) et « des activités illicites productrices de biens ou de services » (trafics en tout genre, proxénétisme, contrefaçon, etc.).

Sans pouvoir en dresser une liste exhaustive, les principaux faits répréhensibles englobés dans le concept d'économie souterraine ou parallèle, tel qu'il est défini au sein des GIR (groupes intervention régionaux), sont variés. On y trouve les trafics de stupéfiants (surtout les trafics des cités), les trafics d'armes, les escroqueries de toutes sortes, le proxénétisme, les recels liés à toutes les formes de vol, l'hébergement et la sous-location d'habitats contraires à la dignité humaine, le travail dissimulé, la contrefaçon, l'exploitation de la mendicité, les filières d'immigration clandestine (aide à l'entrée, au séjour et exploitation d'étrangers sans titre), la fraude fiscale, les fraudes aux prestations sociales, les infractions à la législation sur les sociétés de sécurité privée, les jeux clandestins (machines à sous et loteries prohibées), etc.

A côté de ces infractions que nous pourrions dénommer primaires ou initiales, il existe deux infractions secondaires, dépendant des premières, qui intéressent également les GIR : la non-justification de ressources et le blanchiment d'argent. La non-justification de res-

sources avait été introduite dans le Code pénal par la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic de stupéfiants. Elle sera étendue ensuite à d'autres incriminations telles que l'association de malfaiteurs (loi du 15 mai 2001), la traite des êtres humains, l'exploitation de la mendicité et l'association de malfaiteurs en relation avec une entreprise terroriste (loi du 18 mars 2003), l'extorsion commise en bande organisée, avec violences ou avec armes et l'extorsion ou violences ayant entraîné la mort (loi du 9 mars 2004).

La création d'un délit générique de non-justification de ressources par la loi du 23 janvier 2006 dispose à l'article 321-6 du Code pénal : « Le fait de ne pas pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie ou de ne pas pouvoir justifier de l'origine d'un bien détenu, tout en étant en relations habituelles avec une ou plusieurs personnes qui soit se livrent à la commission de crimes ou de délits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement et procurant à celles-ci un profit direct ou indirect, soit sont les victimes d'une de ces infractions, est puni d'une peine de trois ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Est puni des mêmes peines le fait de faciliter la justification de ressources fictives pour des personnes se livrant à la commission de crimes ou de délits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement et procurant à celles-ci un profit direct ou indirect ».

Quant au blanchiment, il est prévu aux articles 324-1 à 324-6 du Code pénal qui distingue le blanchiment simple du blanchiment aggravé. L'article 324-1 dispose en ce qui concerne le blanchiment simple : « Le blanchiment est le fait de faciliter, par tout moyen, la justification mensongère de l'origine des biens ou des revenus de l'auteur d'un crime ou d'un délit ayant procuré à celui-ci un profit direct ou indirect. Constitue également un blanchiment le fait d'apporter un concours à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion du produit direct ou indirect d'un crime ou d'un délit. Le blanchiment est puni de cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende ».

Cette incrimination est parfois confondue avec la non-justification de ressources car elles sont proches l'une de l'autre et visent toutes deux à réprimer le produit du crime organisé. Certains professionnels considèrent même que le blanchiment d'argent est la forme active de la non-justification de ressources. Bien qu'il s'agisse d'une infraction de conséquence, les poursuites contre le délit de blanchiment n'en demeurent pas moins autonomes. En effet, si le délit initial constaté

ne fait l'objet d'aucune poursuite ni d'aucune condamnation, cela n'aura aucune incidence sur les poursuites menées par l'action publique pour le blanchiment (Cass. Crim. du 20 février 2008).

Il existe par ailleurs un délit de blanchiment spécifique pour les trafics de stupéfiants prévu à l'article 222-38 du Code pénal : « Est puni de 10 ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende le fait de faciliter, par tout moyen, la justification mensongère de l'origine des biens ou des revenus de l'auteur de l'une des infractions mentionnées aux articles 222-34 à 222-37 [infractions à la législation sur les stupéfiants : production, importation, exportation, transport, détention, offre, cession, acquisition, emploi illicite, etc] ou d'apporter son concours à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion du produit de l'une de ces infractions. La peine d'amende peut être élevée jusqu'à la moitié de la valeur des biens ou des fonds sur lesquels ont porté les opérations de blanchiment ».

L'économie souterraine englobe donc toutes sortes d'infractions pénales, fiscales, douanières et administratives liées exclusivement au profit financier. Évaluer son poids et mesurer son impact, par rapport à l'économie d'un pays, reste donc un exercice difficile et périlleux. Il est indéniable cependant qu'elle représente un manque à gagner important pour le budget de l'Etat. En 2009, en France, l'économie souterraine était estimée à 190 milliards d'euros.

2. DES RÉSULTATS QUI NE TROMPENT PAS

Observons maintenant les résultats obtenus par des services spécifiquement créés pour lutter contre l'économie souterraine : les Groupes d'Intervention Régionaux (GIR). Ces services interministériels ont été conçus afin d'apporter une réponse élargie, à la fois pénale, fiscale, douanière et administrative, aux problématiques de l'économie souterraine et de ses réseaux. En ce sens, ces services enquêteurs proposent un mode d'action novateur et pragmatique face à ce type de menaces contemporaines. Les résultats sans équivoque que nous mentionnerons ci-après sont d'ailleurs bien éloignés du mythe selon lequel « le scénario du pire

comme mode de légitimation de l'action publique » avait été brandi comme une menace.

Rappelons que les GIR ont été créés en 2002⁴. Ils ont la tâche de lutter contre l'économie souterraine, principalement dans les quartiers sensibles, essentiellement dans le domaine du trafic de drogue et des infractions connexes qui lui sont attachées (non-justification de ressources et blanchiment d'argent). Ils ont aussi la charge de lutter contre les diverses formes de fraudes commises au préjudice des organismes sociaux (caisse d'allocation familiale, caisse primaire d'assurance maladie, Urssaf et Pôle-emploi ex-Assedics) [2,4].

Cela signifie concrètement que les GIR réalisent des enquêtes patrimoniales destinées à identifier l'étendue des biens des mis en cause et l'origine de leurs revenus. Ils doivent ensuite déterminer la destination de ces flux financiers et les liens éventuels de connexité avec une entreprise criminelle ou frauduleuse. Ils en informent enfin les services avec lesquels ils sont co-saisis ainsi que les magistrats du Parquet ou de l'Instruction, selon les cas, dans le but de procéder aux saisies et confiscations des avoirs criminels identifiés.

Ainsi, de mai 2002 au 26 mai 2010, les GIR ont réalisé plus de 5766 opérations ayant conduit à 34 884 gardes à vue en collaboration avec les services d'enquêtes de police et de gendarmerie. Au cours de ces opérations, 3118 armes ont été saisies ainsi que 2670 véhicules appartenant aux mis en cause, en corrélation avec les trafics découverts. Quant aux saisies de drogues, auxquelles les GIR avaient participé, elles sont réparties de la façon suivante : 141,61 tonnes de résine de cannabis, 157 194 cachets d'ecstasy, 482,43 kilos d'héroïne, 262,11 kilos de cocaïne.

Enfin, depuis la création des GIR, l'ensemble des biens et valeurs saisis représente la somme totale de 156 440 176 euros, somme qui comprend le numéraire, les sommes bloquées sur les comptes, la valeur des véhicules, des biens meubles et immeubles. A ces saisies judiciaires, il convient d'ajouter celles des services fiscaux et douaniers. Pour les représentants de la Direction générale des finances publiques exerçant dans les GIR, les montants totaux des droits et pénalités s'élevaient en 2009 à un peu plus de 42 millions d'euros, soit 23 millions d'euros de droits et 19 millions de

4. Le Gouvernement français décide, par une circulaire du 22 mai 2002, la mise en oeuvre, sous la responsabilité des autorités administratives et judiciaires, d'une structure interministérielle innovante, non conventionnelle et pluridisciplinaire.

pénalités. En ce qui concerne le résultat strictement douanier au sein des GIR, il n'est pas connu⁵.

En 2008, l'économie souterraine représentait en France environ 10% du PIB. Quant au chiffre d'affaire réalisé par le trafic de cannabis, il est estimé pour la même année à 832 millions d'euros par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Notons enfin que selon les experts de la Plateforme d'Identification des Avoirs Criminels, 85 % de la délinquance française sont commis en vue d'un profit financier.

3. PROFILS DE CRIMINELS

Il est assez délicat de dresser un profil criminologique des malfaiteurs impliqués dans l'économie souterraine. Cependant, on observe une distinction notoire entre les fraudeurs et les délinquants habituels.

3.1. Les fraudeurs et les escrocs

La moyenne d'âge de cette catégorie de délinquants est deux fois plus élevée que celle des délinquants habituels et se situe autour de la cinquantaine. Curieusement, les fraudeurs n'ont pas d'antécédents judiciaires, ou rarement, contrairement aux autres catégories de délinquants identifiés. Les mis en cause dans les affaires « d'arnaques » de toutes sortes sont rarement issus des quartiers sensibles. La plupart de ces individus exercent une activité rémunératrice et ne sont pas en situation économique difficile.

C'est le cas par exemple de ce restaurateur qui continuait à percevoir, ainsi que son épouse, de confortables indemnités des Assedics à partir de faux bulletins de salaires malgré une activité professionnelle rentable. De surcroît, il avait embauché du personnel qui n'était pas déclaré à l'Urssaf. Citons encore cet ingénieur à la retraite qui employait des personnes non déclarées dans sa société, elle-même non déclarée, et située sur le domaine de sa luxueuse villa évaluée à près de 900 000 euros. En plus de frauder le fisc et l'Urssaf, cet individu et son épouse percevaient indûment la CMU (cou-

verture maladie universelle) et l'AAH (allocation adulte handicapé).

C'est un peu la même chose pour les marchands de sommeil. Les personnes impliquées dans ce type d'affaire exercent des professions telles que ingénieur, gérant de société, restaurateur ou consultant privé. Ils accumulent, en plus de leur activité rémunératrice, des bénéfices en sous-louant des appartements ou des locaux, de manière non déclarée, à des personnes en grande difficulté sociale. Ces dernières sont amenées à vivre entassées ou dans des conditions d'insalubrité, souvent les deux à la fois, payant en espèce des loyers élevés à des individus qui échappent ainsi à toute taxe ou contrôle fiscal.

3.2. Les trafiquants de drogue

Pour les délinquants habituels, et plus particulièrement les trafiquants de drogue des quartiers sensibles, l'âge moyen se situe autour de 25 ans. La plupart de ces individus ont des antécédents judiciaires, pas toujours en rapport avec une délinquance acquisitive (dégradations de biens, violences diverses, etc). Ils sont organisés en « réseaux » constitués par des équipes de deux à cinq personnes en moyenne pour le noyau dur du groupe. Les réseaux de trafiquants de drogue des quartiers fonctionnent sur un mode de relations claniques, qu'elles soient familiales, ethniques, territoriales, ou les trois à la fois.

La présence de femmes est notable même si elles ne jouent pas un rôle de premier plan. Elles ont souvent un rôle indirect ou passif de complice : gérantes de « paille » dans des sociétés écrans, « nourrices » dans les trafics de stupéfiants, comptables dans des officines occultes. Le mobile principal de tous ces individus est le profit mais le blanchiment des gains illicites reste aussi une priorité vitale. Ils ont à cœur de supprimer rapidement toute traçabilité des revenus du crime de manière à éviter les risques de confiscation. Enfin, dans les trafics de stupéfiants, on observe de plus en plus que les réseaux de revente sont fragmentés, ce qui complique davantage le travail des investigateurs.

5. Résultats douaniers pour l'année 2008 : 100 millions d'euros saisis en espèces, dont la provenance est considérée comme suspecte. Il fait également état de 65,7 tonnes de drogues diverses saisies. Une hausse de + 6 % des saisies de cocaïne a été constatée, + 57 % d'héroïne, + 55 % pour la résine de cannabis. En outre, 200 tonnes de cigarettes de contrebande et 6,5 millions d'articles de contrefaçon ont été appréhendés par la douane pour une valeur marchande estimée à 467 millions d'euros. (*Le Parisien* du 31 mars 2009).

L'imagination des trafiquants, voleurs, faussaires, escrocs, receleurs est aussi fertile que celle des fraudeurs lorsqu'il s'agit de s'enrichir illégalement. Ces individus sont dans l'ensemble discrets, amoraux, intelligents et organisés, bien qu'il ne s'agisse pas de criminels en col blanc. Le *modus operandi* peut être très variable d'une équipe à l'autre et en fonction de l'activité délictuelle (trafic de stupéfiants, escroquerie en bande organisée, etc). La plupart de ces individus sont très mobiles, issus ou demeurant toujours dans les zones urbaines sensibles, comme nous le verrons ci-dessous à partir d'une trentaine de dossiers. Le « contrôle » qu'ils exercent sur certains quartiers sensibles favorise une économie souterraine relativement hermétique.

Non spectaculaire, le mode opératoire lié au gain financier est à peine perceptible et ne nécessite généralement ni violence ni arme, contrairement à d'autres formes de criminalité telles que les vols à main armée ou les *home-jacking*. Le recours à la violence n'est d'ailleurs pas une fin en soi. Elle peut être utilisée cependant dans certains cas : intimidation des victimes ou « concurrence » déloyale entre malfaiteurs. Dans ses manifestations les plus graves, elle peut constituer une atteinte à la personne ou à la dignité humaine, voire amener directement à l'homicide.

3.3. Les délinquants mixtes

A côté de ces deux tendances principales, une place à part pourrait être réservée aux individus à la fois délinquants et fraudeurs que nous dénommerons par commodité délinquants mixtes. Il s'agit essentiellement, dans nos exemples, d'anciens délinquants qui se sont orientés vers la gestion de sociétés de sécurité privée. La plupart de ces individus, connus des services de police et de justice, ne peuvent gérer directement ces sociétés. C'est pourquoi ils ont recours à des « prête-noms ».

Bien entendu, la majorité des sociétés de sécurité privée n'est pas gérée de manière illégale ni par d'anciens voyous. Mais, pour une minorité d'anciens délinquants, il y a comme un attrait pour ce type d'activité considéré comme rémunérateur, porteur d'autorité, de réussite et donc de respectabilité. Il y a aussi un autre intérêt moins avouable : celui de permettre un certain contrôle territorial sur les quartiers et par voie de conséquence sur l'économie parallèle qui s'y déroule. Créer une entreprise de sécurité permet bien souvent d'embaucher des « connaissances » du gérant ou de son représentant, sans pour autant les déclarer à l'Urssaf

ni aux impôts. C'est à ce moment là qu'ils intéressent les acteurs de la lutte contre l'économie souterraine.

4. ANALYSE DE TRENTE-CINQ AFFAIRES

Illustrons maintenant notre propos par une comparaison portant sur 35 dossiers : 15 concernent des trafics de stupéfiants, 15 des fraudes aux prestations sociales et l'hébergement indigne et 5 des délinquants mixtes. Bien que cet échantillon soit peu important, il fait tout de même apparaître des profils radicalement différents selon les faits commis.

4.1. Les trafics de stupéfiants

La moyenne d'âge des auteurs au moment de la commission des infractions est de 25 ans et demi. Les délits sont exclusivement commis par des hommes (15 cas sur 15) dont le noyau dur du réseau est en moyenne composé de 4 personnes. Les femmes apparaissent seulement dans des rôles de second plan en qualité de prête-nom, de « nourrice » ou dans le cadre de la non-justification de ressources et du blanchiment d'argent. La majorité des mis en cause a des antécédents judiciaires et entretient un rapport avec les quartiers sensibles : soit ils y demeurent, soit ils y commettent leurs délits. Enfin, 12 mis en cause sur 15 n'ont pas d'emploi. Seuls 3 individus exercent un emploi non qualifié, les autres n'ayant aucun métier au moment des faits. Parmi les complices, très peu travaillent. Ceux qui ont un emploi, exercent dans des métiers sans qualification et précaires (intérim).

4.2. Les fraudes aux prestations sociales et l'hébergement incompatible avec la dignité humaine

Les premières représentent 12 affaires et les secondes 3 affaires. Dans ce type de criminalité, les profils sont assez différents : la moyenne d'âge est de 52 ans au moment des faits, les infractions sont commises par une personne seule ou vivant en couple, par des hommes secondés par leurs épouses, concubines ou maîtresses qui sont des complices actives et directes (40%). La moyenne d'âge de ces femmes est légèrement inférieure à celle des hommes (42 ans). Il n'y a pas d'autre complicité en dehors de celle du couple.

Un seul des 15 individus a des antécédents judiciaires sans rapport avec la fraude (violences conjugales). Trois mis en cause sur 15 ont un rapport avec les quartiers sensibles où ils commettent leurs infractions et un sur 15 y demeure. Toutes les personnes impliquées ont un emploi qualifié tel que profession libérale, ingénieur, cadre commercial ou bancaire, commerçant et dirigeant de société (15 cas sur 15).

4.3. Les gérants de sociétés de sécurité privée

Pour ces profils mixtes, à la fois délinquants et fraudeurs, 5 affaires sont rapportées. La moyenne d'âge

des mis en cause est de 30 ans. Ils agissent seul ou en couple et ont parfois des antécédents judiciaires, comme les employés qu'ils recrutent (2 sociétés sur 5). Lorsqu'ils ne sont pas officiellement déclarés en qualité de dirigeant de la société, ils sont représentés par de jeunes femmes « gérante de paille » et « prête-nom » (2 sociétés sur 5).

Les cinq sociétés sont en infraction vis-à-vis de la loi du 12 juillet 1983 relative aux activités de sécurité privée (surveillance, gardiennage, transport de fonds) : défaut d'agrément individuel ou collectif, non déclaration d'activité, travail dissimulé, emploi d'étrangers sans titre. De plus, certaines de ces sociétés recrutaient

Types de profils	Fraudeurs et « marchands de sommeil » <i>(Sur la base de 15 dossiers)</i>	Trafiquants de drogue des quartiers <i>(Sur la base de 15 dossiers)</i>	Délinquants « mixtes » <i>(Sur la base de 5 dossiers)</i>
Hommes (auteur)	15 cas sur 15 100 %	15 cas sur 15 100 %	5 cas sur 5 100 %
Femmes (complice)	6 cas sur 15 40 %	3 cas sur 15 20 %	2 cas sur 5 40 %
Age moyen des auteurs	52 ans	25,6 ans	30 ans
Antécédents judiciaires	1 cas sur 15 6,60 %	14 cas sur 15 91,60 %	2 cas sur 5 40 %
Exerçaient une profession	15 cas sur 15 100 %	3 cas sur 15 25 %	3 cas sur 5 60 %
Complices extérieurs	néant 0 %	15 cas sur 15 100 %	2 cas sur 5 40 %
Rapport avec les quartiers sensibles	3 cas sur 15 20 %	12 cas sur 15 80 %	5 cas sur 5 100 %

Tableau synthétique (Sources GIR 91)

de nouveaux vigiles parmi les délinquants des quartiers sensibles (interdiction prévue à l'article 6 de la loi du 12 juillet 1983).

En outre, les méthodes pour prospecter de nouveaux marchés sont quelquefois proches ou assimilables au racket. Des galeries commerciales et des grandes surfaces peuvent de cette façon subir des actes de délinquance jusqu'à ce qu'elles cèdent et acceptent un gardiennage privé qui fera disparaître comme par enchantement le vandalisme et les dégradations dont elles étaient auparavant la cible. Ainsi, en 2001, un établissement commercial, géographiquement proche d'un quartier sensible de l'Essonne, a été l'objet d'un incendie d'origine indéterminée après que son directeur ait mis fin au contrat qui le liait à ce genre de société de surveillance !

4.4. Tableau synthétique (Sources GIR 91)

En résumé, on observe que le moyen d'enrichissement illégal est différent selon l'âge et le profil social des individus concernés. Ainsi, le trafic de cannabis reste encore le secteur d'activité le plus accessible pour les jeunes qui débutent leur « carrière criminelle » dans les quartiers sensibles dont ils sont pour la plupart issus. En revanche, les fraudeurs et escrocs divers sont deux fois plus âgés et loin d'être économiquement faibles. Ils utilisent des moyens plus discrets, plus rentables et plus complexes pour parvenir à leurs fins. Les sanctions pénales qu'encourent les fraudeurs et les escrocs sont généralement plus faibles dans la mesure où leurs agissements relèvent essentiellement du procès correctionnel alors que les trafiquants de drogue risquent la cour d'assises.

5. LES CIRCUITS DE L'ARGENT SALE

Tous les adeptes de l'économie souterraine ne placent pas obligatoirement leur argent dans de petites entreprises ou des commerces de proximité. Chez les plus jeunes, l'argent du crime sera directement dilapidé dans des dépenses festives ou somptuaires : automobiles haut de gamme, vêtements de marque, bijoux, HI-FI, téléviseurs de luxe, etc. Quant à leurs aînés, plus chevronnés et plus endurcis, ils investissent dans l'immobilier, en France comme à l'étranger, après avoir soigneusement blanchi ou transféré les fonds nécessaires [6,7].

Pour y parvenir, ils se servent parfois de sociétés ou de commerces de façade. Cette situation a l'avantage de leur permettre de « couvrir » leurs activités illicites. Ils utilisent leurs entreprises comme société écran afin de blanchir et justifier l'argent acquis illégalement par des subterfuges comptables ou des comptabilités occultes. Ces micro-entreprises, montées en tout ou partie avec l'argent du crime, sont dénommées « blanchisseries », sans aucun rapport avec l'activité de nettoyage, mis à part le « nettoyage » de l'argent sale ! Mais il ne faut pas s'y tromper, il s'agit essentiellement d'activités en trompe l'oeil, sans chiffre d'affaire et non rentables pour la plupart. A ce sujet, leur terrain de prédilection concerne souvent des commerces de proximité, des salons de coiffure, des magasins de prêt-à-porter, des établissements de restauration rapide, des sociétés de sécurité, des boîtes de nuit, des bars et des taxiphones. Ces « affaires » sont généralement implantées loin des quartiers dont peuvent être issus certains de ces délinquants.

En général, ces personnes ne gèrent pas elles-mêmes les commerces ou sociétés qu'elles ont montés. Ce sont les membres de leur famille, parents, frères, soeurs, épouses, petites amies ou maîtresses qui auront cette charge en toute connaissance de cause. Les commanditaires gèrent à distance et dans l'ombre leur « *business* ». Ils sont parfois bénéficiaires de minimas sociaux et d'allocations diverses, ce qui présente l'avantage d'offrir un statut social, d'avoir du temps libre pour gérer l'entreprise et alimenter un discours misérabiliste sur la marginalisation et l'exclusion dont ils se disent les innocentes victimes.

Michel Kokoreff note à juste titre : « Ainsi, contrairement à certaines idées reçues, les observations faites sur le terrain et les nombreux entretiens réalisés avec des usagers et des revendeurs laissent penser que les revenus provenant d'activités illicites ne servent pas dans la plupart des cas aux dépenses familiales ; et si c'est le cas, c'est au prix de subterfuges pour justifier l'origine de l'argent ayant permis de faire les courses ou d'acheter une télévision sans différence notable entre familles françaises et immigrées. Affirmer, comme on le prétend souvent, que l'argent de la drogue paye les loyers dans les cités HLM est excessif. Plus généralement, il ressort des travaux disponibles que le trafic se traduit rarement par une entrée nette sur le quartier. Quand il ne reste pas dans le cycle de la drogue, l'argent part en dépenses ostentatoires (consommations vestimentaires, sorties, week-end de skis, vacances lointaines) : il est consumé (« flambé »). Il n'y a pas

de véritable réinjection dans l'économie locale. Les commerces locaux semblent peut en profiter » [3].

Si l'argent sale n'a pas d'odeur, il laisse toutefois des traces écrites, y compris lorsqu'il est expédié ou investi à l'étranger. Pour les services enquêteurs, la difficulté n'est pas seulement d'identifier les circuits financiers illégaux, mais bien celle de récupérer le « capital » du crime évaporé hors de France. Or, non seulement ces délinquants organisent de plus en plus la fuite de leurs capitaux, mais ils organisent de la même façon leur insolvabilité afin de parer à d'éventuelles saisies ou confiscations. Il convient d'ajouter à cela une difficulté supplémentaire : la fragmentation accrue de ces réseaux criminels que nous avons déjà évoquée.

6. DESTABILISER L'ÉCONOMIE PARALLÈLE ET RÉDUIRE LA FRACTURE SOCIALE

Depuis leur création en 2002, les GIR ont donné un sérieux coup de projecteur sur l'économie souterraine. Les résultats ont été quasi exponentiels depuis sept ans. Force est de constater qu'ils sont bien antérieurs à la crise. Cette dernière ne saurait être un alibi pour des individus en proie à une prétendue économie de survie. Il ne s'agit pas d'acquérir des biens de première nécessité ni de payer le loyer. Il s'agit avant tout de profiter et de jouir d'une vie facile avec de l'argent acquis illégalement au détriment de l'état, des organismes sociaux, des plus faibles ou des plus vulnérables.

C'est ce qu'observait le professeur Cusson à propos de ces individus qui réitèrent leurs actes continuellement parce qu'ils sont motivés par « des gains faciles et rapides, des sanctions incertaines, les plaisirs et la fête, le mépris de l'avenir, avec des bandes de copains peu scrupuleux... » [1]. Pour Michel Kokoreff, la micro-économie de la drogue en milieu urbain serait en forte corrélation avec l'implantation des trafics illicites ainsi qu'avec les processus de marginalisation et d'exclusion sociales, en particulier dans les quartiers d'habitat populaire.

Cet auteur explique qu'il s'agit d'une « ressource pour faire face à la misère sociale, mais aussi aux effets du stigmatisation et de déshumanisation, l'implication dans le trafic réactive sans cesse ces sociabilités, notamment juvéniles. Autrement dit, dealer, c'est « faire la sur-

vie », c'est-à-dire être solvable, auto-financer sa consommation, et vivre au jour le jour ; mais c'est aussi être quelqu'un, montrer qu'on existe, forcer le respect de soi et des autres. C'est sous ce double aspect, matériel et symbolique, que ces conduites déviantes ont pu s'imposer au cours des vingt dernières années comme modèle de réussite, dès lors l'ascenseur social assuré par l'école et le travail salarié est en panne » [3].

Ces individus sont-ils vraiment intéressés par l'ascenseur social ? Maurice Cusson propose une analyse radicalement différente et sans doute plus pragmatique : « A tout prendre, le problème paraît avoir été mal posé. Ce qui caractérise le délinquant, c'est moins le chômage qu'un rapport au travail marqué au coin de l'inconstance et de la désinvolture ; c'est moins la pauvreté que la prodigalité. Enfin la délinquance conduit plus souvent au chômage et à la pauvreté que l'inverse ». A propos du profit lié à la délinquance il souligne encore cet engrenage implacable : « Ces gains les encouragent à poursuivre ; d'abord parce que chacun est porté à refaire ce qui lui rapporte bien et, ensuite, parce que les gains criminels financent une vie festive coûteuse au point de devenir un puits sans fond » [1].

Pourquoi la lutte contre l'économie souterraine est-elle concentrée sur les quartiers sensibles, au risque de stigmatiser davantage ces derniers ? Dans les années 2000, des trafics de toutes sortes se sont développés de façon inquiétante dans les secteurs urbains difficiles de l'hexagone, alimentant une économie souterraine, source d'insécurité, de déstabilisation sociale et de délinquance protéiforme. Tous les constats convergeaient dans le même sens.

Dans ces quartiers défavorisés et vulnérables où sont concentrées de nombreuses déviances, où les risques de fracture sociale sont plus grands et plus dévastateurs que partout ailleurs, l'économie parallèle y est considérée comme l'un des facteurs de déstabilisation accru du corps social. Les pouvoirs publics l'ont rappelé à maintes reprises : « Il convient de renforcer considérablement cette action (la lutte contre les trafics criminels) en se donnant tous les moyens nécessaires pour combattre les trafiquants, notamment en luttant contre l'économie souterraine, source de déstructuration sociale dans les quartiers sensibles ».

Face à cette menace, les pouvoirs publics considèrent que la seule réponse carcérale n'était pas suffisamment adaptée. Il fallait impérativement prendre en compte la dimension patrimoniale liée aux activités

lucratives des mis en cause. Nous l'avons déjà dit, l'argent sale produit par l'économie souterraine permet d'accéder à des biens de luxe de toutes sortes. Ces dépenses ostentatoires fascinent et font rêver les plus jeunes, les plus vulnérables socialement et les plus influençables psychologiquement.

Dans le même temps, le train de vie des jeunes caïds des quartiers exaspère les honnêtes gens qui y vivent et qui travaillent dur pour des salaires infiniment plus modestes que les revenus de la drogue. « Renverser le rapport coûts-bénéfices quant il est à l'avantage de la transgression et du style de vie délinquant ; neutraliser l'influence criminogène des bandes et du Milieu ; mettre hors d'état de nuire les malfrats en pleine gloire criminelle ; aspirer au juste sans nuire à l'utile », c'est ce que propose avec pertinence Maurice Cusson [1].

Ainsi, travailler sur les revenus du crime, c'est atteindre efficacement et en profondeur le portefeuille des « caïds » de l'économie souterraine. Ce qui présente par ailleurs l'intérêt de déstabiliser des individus sans scrupule et de fissurer le sentiment d'impunité derrière lequel ils se croient à l'abri. En mettant hors d'état de nuire certains réseaux structurés, c'est une forme de prévention qui, indirectement, s'adresse aux plus jeunes, lesquels pourraient être tentés par l'appât du gain. C'est encore un message pour les habitants de ces cités, afin qu'ils ne croient pas que les pouvoirs publics se désintéressent des zones sensibles et de ce qui s'y passe.

Bien entendu, il n'y a pas que dans les quartiers défavorisés que l'on rencontre des criminels cupides. L'actualité récente nous a montré que des criminels en col blanc, tel Madoff et bien d'autres, agissaient avec beaucoup plus d'efficacité que les délinquants des cités et réalisaient des bénéfices bien supérieurs. En ce sens, les bandits de la finance ne valent guère mieux que les caïds des cités. N'oublions pas que l'amélioration de la visibilité de l'ampleur de ces comportements criminels endémiques est surtout liée à l'orientation du projecteur.

7. CONCLUSION

Face aux trafics de toutes sortes, l'action pluridisciplinaire des G.I.R. semble particulièrement adaptée pour lutter contre la criminalité organisée car elle permet de cerner le phénomène dans sa complexité et sa

globalité. Ces unités atypiques n'en ont pas encore fini avec l'économie souterraine et les gains lucratifs qu'elle génère. Sans faire de comparaison excessive, il y a près de 80 ans, dans l'Amérique des années 30, à Chicago, sévissait l'un des plus grands auteurs de l'histoire du crime : Al Capone surnommé Scarface. Ce gangster, qui avait physiquement éliminé tous ses adversaires, contrôlait les bars et les boîtes de nuits, vivait dans un luxe inouï et tenait par la corruption une partie de la police et des élus de la ville. Il sera finalement mis en cause par des agents du département du trésor et de la prohibition.

En épluchant les comptabilités et le train de vie de cette figure du banditisme, on y découvrit de multiples fraudes fiscales et infractions douanières. Ce sont en tout 68 chefs d'inculpation et 5 000 violations de la loi sur la prohibition qu'on lui reprochera. Contre toute attente, il sera condamné le 18 octobre 1931 à 200 000 dollars d'amende et à 11 ans de prison ferme. Ainsi, malgré ses 40 millions de dollars de patrimoine, son armée de 700 malfrats et les conseils de 53 avocats, le roi de la pègre de Chicago s'est retrouvé derrière les barreaux [8].

Les caïds des cités ne sont pas au dessus des lois, tout comme les escrocs de la finance et les fraudeurs patentés. Sans être forcément privés de liberté, ils peuvent toujours être privés de leur patrimoine ou des deux à la fois. Ils n'ont jamais représenté des modèles sérieux de vie en collectivité et doivent constamment garder à l'esprit, comme les plus jeunes, l'adage selon lequel *l'argent bien mal acquis ne profite jamais*.

L'économie souterraine a des effets pervers difficiles à évaluer, d'autant qu'en transgressant les principes d'équité et de solidarité elle vient heurter profondément et durablement la moralité publique. Si l'on considère que l'ampleur de l'économie souterraine est probablement plus importante que ce que révèlent les statistiques officielles, il est clair qu'elle a des répercussions considérables sur l'économie nationale et plus particulièrement sur le système fiscal. La progression de ce genre d'activité illégale et lucrative reflète aussi un manque de respect croissant envers la loi. Les délits et les crimes commis dans ce cadre ne doivent pas être considérés comme des infractions sans victime. Bien au contraire, ils créent de véritables et nombreuses victimes, parfois anonymes, en violation totale du principe d'égalité entre les personnes. ■

RÉFÉRENCES

- [1] CUSSON M. – *La délinquance, une vie choisie*. Entre plaisir et crime. Cahiers du Québec, Collection Droit et Criminologie, 2005.
- [2] GEOFFROY G. – Rapport parlementaire N° 1203, Tome VIII: *Sécurité*. Assemblée Nationale, octobre 2008.
- [3] KOKOREFF M. – Économies souterraines et « mafias » : le discours sécuritaire à l'épreuve des faits. *Revue hommes et libertés*, N° 120, décembre 2002.
- [4] LAMBERT T, Turpin D. (sous la direction de). – *Les groupes d'intervention régionaux*. Paris, L'harmattan, 2005.
- [5] PIERRAT J. – *La mafia des cités. Économie souterraine et crime organisé dans les cités*. Paris, Denoël, 2006.
- [6] RAUFER X. – *Le crime organisé*. Paris, PUF, Collection Que Sais-je ?, 2005.
- [7] SAVIANO R. – *Gomorra. Dans l'empire de la camorra*. Paris, Gallimard, 2008.
- [8] VALMONT A. (sous la direction de). – *L'histoire vraie du banditisme*. Paris, Editions de Saint-Clair. 1967.

Évaluation des taux de récidive des Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suivis au sein d'équipes de santé spécialisées en Région Wallonne¹

THIERRY PHAM^{2*}, CLAIRE DUCRO², BERNARD PIHET³ & MICHEL MARTIN³

RÉSUMÉ

L'étude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région wallonne (durant les années 2001 et 2002) nous a permis d'évaluer les taux de récidive de ces AICS (N = 231). Les résultats de cette recherche soulignent 27,0 % de récidive générale, 7,9 % de récidive sexuelle, 4,7 % de récidive violente non sexuelle et 18,3 % de récidive non violente non sexuelle. Ces taux sont inférieurs aux taux de récidive évalués au sein de la littérature internationale ainsi qu'aux taux évalués par le CRDS auprès d'une population d'internés en Belgique francophone [28]. Les taux obtenus sont proches de ceux rapportés par les méta-analyses évaluant l'efficacité thérapeutique de la prise en charge des AICS au sein de la littérature internationale. Les résultats obtenus soutiennent l'hypothèse que le système de prise en charge en ambulatoire en Région wallonne contribue au faible taux de récidive sexuelle de la cohorte (Hanson, communication personnelle).

Mots-clés : Taux de récidive ; agresseurs sexuels ; efficacité thérapeutique.

1. La recherche a bénéficié du soutien du Ministère de la Région Wallonne, Santé Affaire Sociale, Egalité des chances. Nous remercions pour leurs collaborations : Mme Van Melder de la Région wallonne, M. Vincent Cambier du Casier Judiciaire Central ainsi que les équipes de santé spécialisée en Région wallonne qui ont transmis leurs données au centre d'appui, l'Unité de Psychopathologie Légale.

Correspondance : Thierry H. Pham, CRDS. 94 Rue Despars 7500. Belgique. Thierry.pham@crds.be.

2. Centre de Recherche en Défense Sociale, Tournai, Be.

3. Unité de Psychopathologie Légale, UPPL, Centre d'Appui, Tournai, Be

* UMon, Be.

SUMMARY

Evaluation of recidivism rates among sex offenders in treatment in Wallonia Region

The research evaluates follow up recidivism rates among sex offenders registered in ambulatory facilities in Wallonia Region. The rates are of 27% for general recidivism, 7,9% for sexual recidivism, 4,7% of non sexual violent recidivism and 18,3% of non sexual non violent recidivism. These rates are rather low in comparison to the international literature or the recidivism rates among sex offenders internees inside the Social Defense System. These rates rather support the hypothesis of a potential efficiency of ambulatory facilities in Wallonia Region.

Key-words: Recidivism rates, sex offenders, therapeutic efficiency.

1. INTRODUCTION

Des taux de récidive sont régulièrement répercutés par les médias sans toutefois que les critères opérationnels d'usage ne soient précisés. Or, ces taux ne prennent sens que si la population de référence, la période d'observation, ainsi que les critères de récidive sont définis opérationnellement [13]. Au niveau international, un faisceau de littérature a tenté de mesurer l'efficacité thérapeutique à travers l'évaluation des taux de récidives d'AICS ayant bénéficié d'une prise en charge thérapeutique [21 ; 22 ; 25 ; 28 ; 33 ; 40 ; 41]. L'objectif de la présente étude n'est pas de mesurer directement l'efficacité thérapeutique de la prise en charge en Belgique francophone mais d'évaluer les taux de récidive des AICS qui ont eu un contact pour

un traitement avec des équipes de santé spécialisées en région wallonne.

La nature et le type de délit ont été soulignés comme étant des facteurs déterminants du risque de récidive, de l'orientation des interventions pénales et thérapeutiques [4]. Afin de souligner les variations des différents taux de récidive mesurés, nous avons constitué un tableau récapitulatif de différentes études évaluant les taux de récidive des AICS (Tableau 1). Sur l'ensemble des études, les AICS de victimes majeures présentaient des taux comparables selon le type de récidive (récidive sexuelle : de 13 à 19% ; récidive violente non sexuelle : de 14 à 22% ; récidive violente : de 15 à 25%). Par contre, les taux des AICS de victimes mineures et les AICS de victimes mineures et majeures variaient selon les types de récidive. En effet, en ce qui concernait les AICS de victimes mineures, le taux de

Auteurs	Type d'étude	Période d'observation	Population	RG	RS	RVNS	RV
Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989	Revue de la littérature : 42 études		AICS Vict. Min. AICS Vict. Maj. AICS Vict. Min. (sexe féminin) AICS Vict. Min. (sexe masculin) AICS Vict. Min. (Incestueux) Exhibitionnistes	4 à 20 12 à 28 13 à 21 6 à 40 0 à 10 0 à 41			
Hanson & Bussière, 1998	Revue de la littérature : 61 études	4 à 5 ans	Total : 28972 AICS Vict. Min. AICS Vict. Maj.	36.3 36.9 46.2	13.4 12.7 18.9	12.2 9.9 22.1	
Hanson & Morton-Bourgon, 2004	Revue de la littérature : 79 études	68 mois	N Total = 17038	30.1	12.4		17.5
Qunisey, Rice, & Harris, 1995	Etude individuelle	2.5 ans	124 AICS Vict. Min. 28 AICS Vict. Maj. 20 AICS Vict. Min. & Maj.		27 20 34.6		37.1 25 28.6
Prentky, Lee, Knight, & Cerce, 1997	Etude individuelle		AICS Vict. Min. AICS Vict. Maj.	52 39			
Proulx, Pellerin, McKibben, Paradis, Aubut, & Ouimet, 1997	Etude individuelle	2.7 ans	N = 382 269 AICS Vict. Min. 113 AICS Vict. Maj.	21.1 51.3	21.2 13		36.3 15.2
Menghini, Ducro, & Pham, 2005	Etude individuelle	903 jours	Total = 96 AICS Vict. Min. (N=55) AICS Vict. Maj. (N=29) AICS Vict. Min. & Maj. (N=12)	34.4 30.9 37.9 41.6	26.1 27.3 17.2 41.6	5.2 1.8 13.8 -	
Elz, 2001	Etude individuelle	10 ans	AICS Vict. Min. Exhibitionnistes		15 à 20 50 à 60		
Sample & Bray, 2003	Etude individuelle	5 ans	N = 146918		6		
Cann et al., 2004	Etude individuelle	21 ans			24.6		

Tableau I : Pourcentage relatif aux études évaluant les taux de récidive des AICS.

RG : Récidive générale ; RS : Récidive sexuelle ; RVNS : Récidive violente non sexuelle ; RV : Récidive violente.

récidive sexuelle variait de 12 à 27%, le taux de récidive violente non sexuelle était compris entre 2 et 10% et enfin, le taux de récidive violente, y compris sexuelle, était d'environ 36%. Pour ce qui était des AICS de victimes mineures et majeures, le taux de récidive sexuelle oscillait entre 35 et 42%, le taux de récidive violente non sexuelle était nul, et enfin, le taux récidive violente, y compris sexuelle, était de 29%.

Sur base des résultats de recherche, des auteurs ont émis l'hypothèse d'une spécialisation des AICS quant au type de délit commis. En effet, au vu de leurs préférences sexuelles, il semblerait que les AICS se spécialisent⁴ en répétant des délits identiques [5 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38]. Par contre, les délinquants violents n'ont pas tendance à se spécialiser. En effet, Werner [43] montrait que les personnes, ayant de longues carrières cri-

4. Concernant l'hypothèse de spécialisation délictueuse des agresseurs sexuels, cf. Lussier, P. (2005). The Criminal Activity of sexual Offenders in adulthood: Revisiting the specialisation Debate. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 269-292.

minelles, présentaient une modeste augmentation de la sévérité de leur délit comparativement à une diversification extensive des types de délits.

Des auteurs considéraient également que la probabilité de récidiver était liée au type de délit commis. En effet, les AICS de victimes de sexe masculin extrafamiliales récidivaient davantage que les AICS de victimes de sexe féminin extrafamiliales ou que les AICS de victimes adultes [17 ; 39]. Néanmoins, pour d'autres chercheurs, cette variation n'était pas significative [6 ; 7 ; 24]. De plus, des recherches montraient que les AICS n'étaient pas exclusifs quant à leurs délits envers un type de victime [8 ; 11 ; 19 ; 26].

Un ensemble d'études relatives aux AICS [1 ; 7 ; 14 ; 16 ; 20 ; 34 ; 39] et aux délinquants en général [5 ; 10 ; 42 ; 43] a permis de comprendre les résultats contradictoires des études relatives à la vérification de l'hypothèse de spécialisation en abordant leurs limites méthodologiques.

En effet, les résultats étaient notamment fonction des procédures statistiques employées telles que le calcul des fréquences cumulées⁵, des matrices de transition ou des courbes de survie [23]. Il convient donc d'utiliser des statistiques adéquates aux objectifs de l'étude. De plus, il est important de rappeler que ces taux peuvent également varier en fonction de la définition de la récidive, de la période d'observation, de l'âge à la libération des AICS et de leurs antécédents délictueux. Enfin, l'ensemble des types d'AICS n'était pas pris en compte dans les études alors les AICS sans contact (exemple exhibitionniste) seraient plus enclins à récidiver [3].

Pour ce qui est de la définition du type de récidive, il faut distinguer les étapes de la procédure légale à laquelle les auteurs font référence (accusation, arrestation, condamnation, incarcération) et le type de délit en état de récidive (délit identique au précédent, délit sexuel et/ou violent, délit non sexuel et non violent).

En effet, au regard des taux de récidive décrits dans la partie précédente, il est nécessaire de définir précisément la notion de récidive et de ne pas se focaliser uniquement sur la récidive sexuelle. Rappelons que les délinquants sexuels et plus particulièrement les violeurs ne récidivent pas uniquement de manière sexuelle [31]. Enfin, il convient de bien définir les sources d'informations selon qu'elles soient auto-rapportées et/ou officielles [23 ; 44].

Il est également nécessaire de définir précisément la durée de la période d'observation car Prentky et collaborateurs [29] ont montré que s'ils restreignaient leur période post-libération à moins de 24 mois, ils omettaient 45 % des nouvelles condamnations officielles et 30 % pour une période de 5 ans. Il est bien entendu conseillé, d'une part, de considérer une période d'observation dont la durée est la plus longue possible et, d'autre part, d'utiliser une procédure statistique telle que les courbes de survie car elles permettent d'évaluer l'évolution des taux de récidive au cours du temps.

Au vu des précautions méthodologiques à apporter lors de l'étude de la spécialisation délictueuse ou non des AICS, la présente étude a pour objectif l'évaluation des taux de récidive des AICS suite à la prise en charge au sein d'équipes de santé spécialisées en Région Wallonne.

PROCÉDURE

Afin de mener à bien cette recherche, les fichiers d'enregistrements de l'Unité de Psychopathologie Légale (UPPL) relatifs aux AICS en traitement au sein des équipes de santé mentale spécialisées en Région wallonne durant les années 2001-2002 ont été utilisés. En effet, durant ces années, les équipes de santé mentale devaient remplir une feuille de renseignements par AICS qui était en contact avec l'équipe.

5. Les fréquences cumulées permettent d'évaluer la proportion d'individus de la distribution qui sont dans une modalité supérieure (ou inférieure) à un certain seuil. Les matrices de transition sont des techniques statistiques qui aident à analyser les séquences de crimes commis du premier crime au dernier en évaluant la probabilité de commettre un crime particulier et ce, en fonction de tous les crimes commis. Les courbes de survie incorporent les données de tous les sujets, qu'ils récidivent ou non, et mesurent la variabilité de la récidive en prenant en compte la période d'observation.

Nous avons sélectionné les AICS majeurs (âge > 18 ans), de sexe masculin, qui étaient en traitement ou en guidance en 2001 ou 2002 au sein d'une équipe et avons consulté la direction générale Exécution des peines et mesures (ministère de la Justice) ainsi que le service du Casier Judiciaire Central du Ministère de la Justice afin de prendre connaissance des dossiers et du parcours judiciaire des AICS au-delà des années 2001 et 2002. Cette recherche a été menée dans un souci de respecter l'anonymat et la confidentialité des données.

L'analyse de ces dossiers a permis :

- (a) de vérifier les caractéristiques démographiques des AICS ;
- (b) de recenser les antécédents délictueux à travers le nombre et le type de délits commis ;
- (c) d'analyser les paramètres de récidive éventuelle à travers les dates de libération, les dates de récidive, le type de délit commis en état de récidive, le délai entre la libération et la récidive éventuelle. La période de libération représente le nombre d'années entre le jour de libération de l'AICS et (x) le jour où il commet un éventuel délit en état de récidive ; ou (xx) le jour de la consultation du dossier SCI s'il n'a pas commis de nouveau délit. Six types de récidive ont été définis à partir de la situation pénale de condamnation définitive:
 - (1) la récidive générale correspondant à toute nouvelle condamnation et ce, quel que soit le délit ;
 - (2) la récidive sexuelle correspondant à toute nouvelle condamnation pour un délit à caractère sexuel ;
 - (3) la récidive sexuelle non violente correspondant à toute nouvelle condamnation pour un délit sexuel non violent, par exemple exhibitionnisme ou attentat à la pudeur sans violence, ni menace ;
 - (4) la récidive sexuelle violente correspondant à toute nouvelle condamnation pour délit sexuel avec violence, par exemple, attentat à la pudeur avec violence ou viol avec violence ;
 - (5) la récidive violente non sexuelle, correspondant à toute nouvelle condamnation pour délit violent non sexuel, par exemple, agression physique non sexuelle ;

- (6) la récidive non violente non sexuelle correspondant à toute nouvelle condamnation pour délit non violent non sexuel comme par exemple, un vol simple.

ANALYSES STATISTIQUES

Les taux de récidive seront calculés en pourcentage. La comparaison de ces taux en fonction des catégories d'AICS sera effectuée à partir des tests du Chi Deux (χ^2) et des courbes de survie permettront d'identifier les AICS récidivant plus rapidement.

PARTICIPANTS

La cohorte est constituée de 231 AICS ayant bénéficié d'un traitement ou d'une guidance au sein d'équipes de santé spécialisées en 2001 et/ou 2002. L'âge moyen est de 43.87 ans (SD = 10.91), les AICS ont entre 21 et 72 ans au moment de leur libération. La durée de détention des AICS varie de 0.11 à 19.66 années, pour une durée moyenne de 4.28 (SD = 3.22). Les AICS ont une durée de libération (période allant de la libération à la récidive ou en cas de non récidive à la date d'arrêt de la recherche) pouvant varier de 0.11 à 15.83 années, pour une durée moyenne de 4.12 (SD = 2.69).

En fonction des critères couramment employés au sein même de la revue de la littérature internationale, nous avons catégorisé les AICS :

En fonction du type de libération :

- ✓ Les AICS étant allés en fin de peine, mais ayant quand même consulté au moins une fois une équipe de santé spécialisée pour un traitement ou une guidance en 2001 ou 2002 (N = 112, 48.9%) ;
- ✓ Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (N = 98, 42.8%) ;
- ✓ Les AICS ayant bénéficié d'un sursis (N = 19, 8.3%). La notion de sursis signifie que l'AICS a bénéficié d'une peine de sursis sans détention ou d'une peine de détention avec une période de sursis.

En fonction de l'âge de la victime :

- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes majeures, c'est-à-dire âgées de 14 ans ou plus (N = 49, 22.5%) ;
- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes mineures âgées de moins de 14 ans (N = 137, 62.8%) ;
- ✓ Les AICS ayant des victimes mineures et des victimes majeures (N = 32, 14.7%).

En fonction de l'âge de la victime et du lien entre la victime mineure et l'AICS :

- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes majeures, c'est-à-dire âgées de 14 ans ou plus (N = 49, 22.5%) ;
- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes mineures âgées de moins de 14 ans issues de la sphère familiale (AICS intrafamiliaux, N = 99, 45.4%) ;
- ✓ Les AICS ayant uniquement des victimes mineures âgées de moins de 14 ans non issues de la sphère familiale (AICS extrafamiliaux, N = 18, 8.3%) ;

- ✓ Les AICS ayant des victimes mineures âgées de moins de 14 ans dont certaines sont issues de la sphère familiale et d'autres ne le sont pas (AICS intra et extrafamiliaux, N = 20, 9.2%) ;
- ✓ Les AICS ayant des victimes mineures et des victimes majeures (N = 32, 14.7%).

RÉSULTATS

Pour une période de libération de 4 ans, nous observons 27% de récidive générale, 7,9% de récidive sexuelle, 4,4% de récidive violente non sexuelle et 18,3% de récidive non violente non sexuelle (Tableau 2).

Les comparaisons des taux de récidive en fonction du type de libération des AICS (Tableau 3) montrent que les groupes diffèrent au niveau de la récidive sexuelle non violente et tendent à se différer au niveau de la récidive générale, sexuelle et non violente non sexuelle. En ce qui concerne la récidive générale et notamment la récidive non violente non sexuelle, les AICS étant allés en fin de peine récidivent moins que

Récidive :	Effectif	Taux de récidive (%)
Générale (RG)	230	27.0
Sexuelle (RS)	229	7.9
Sexuelle violente (RSV)	229	5.7
Sexuelle non violente (RSNV)	229	3.5
Violente non sexuelle (RVNS)	229	4.4
Non violente non sexuelle (RNVNS)	229	18.3

Tableau II : Taux de récidive.

	Fin de peine		Libération conditionnelle		Sursis		p
	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	
RG	112	19.6	98	32.7	19	36.8	.06
RS	112	6.3	97	6.2	19	21.1	.06
RSV	112	5.4	97	4.1	19	10.5	ns
RSNV	112	1.8	97	2.1	19	21.1	.00
RVNS	112	2.7	97	6.2	19	5.3	ns
RNVNS	112	12.5	97	24.7	19	21.1	.07

Tableau III : Taux de récidive des AICS en fonction du type de libération.

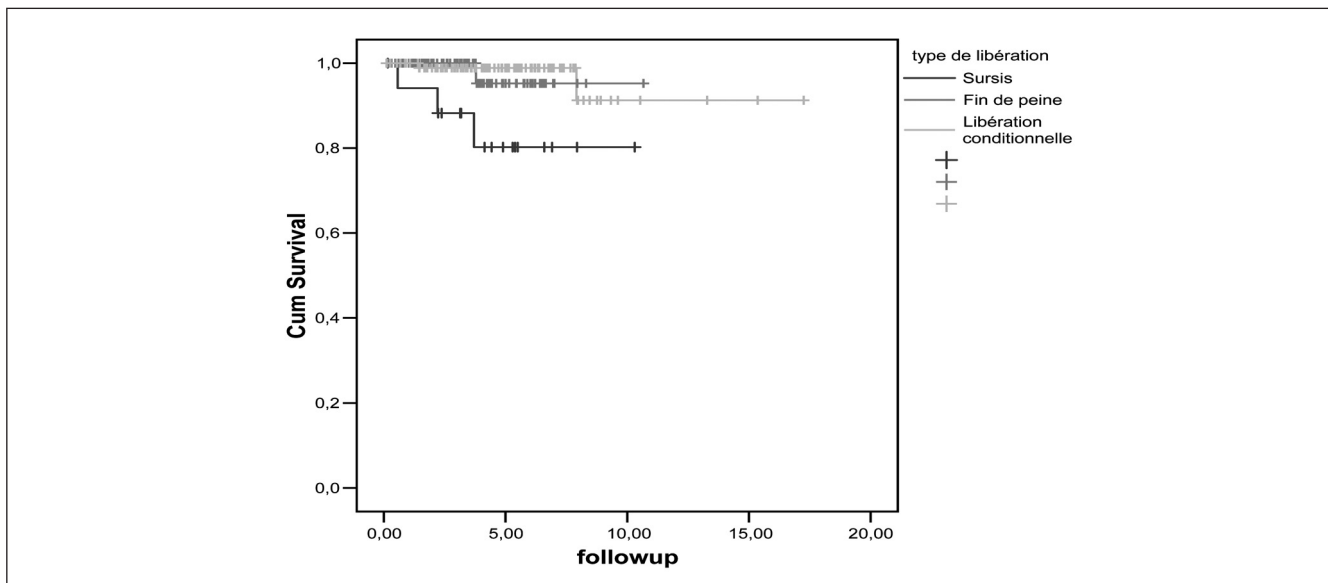


Figure 1 : Courbes de survie de la récidive sexuelle non violente en fonction du type de libération.

les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (RG : $\chi^2 = 4.63$, $p = .04$; RNVNS : $\chi^2 = 5.24$, $p = .02$). Pour ce qui est de la récidive sexuelle et notamment la récidive sexuelle non violente, les AICS ayant bénéficié d'un sursis récidivent plus que ceux ayant bénéficié d'une libération conditionnelle (RS : $\chi^2 = 4.46$, $p = .06$; RSNV : $\chi^2 = 11.68$, $p = .01$) et que ceux étant allés en fin de peine (RS : $\chi^2 = 4.62$, $p = .05$; RSNV : $\chi^2 = 13.80$, $p = .00$).

Au vu des courbes de survie (Figure 1), les AICS bénéficiant d'un sursis récidivent plus rapidement de manière sexuelle non violente que les AICS sortant de

prison à la fin de leur peine ou en libération conditionnelle (Log Rank = 10,19 ; $p = .01$).

Les comparaisons des taux de récidive en fonction de l'âge des victimes (Tableau 4) montrent que les groupes tendent à se différencier au niveau de la récidive générale et de la récidive non violente non sexuelle. De manière générale, les AICS ayant pour victimes des adultes récidivent plus que les AICS ayant des victimes mineures ($\chi^2 = 5.17$, $p = .04$). Nous retrouvons également cette propension à récidiver davantage chez les AICS ayant des victimes majeures que ceux ayant des victimes mineures au niveau de la récidive non sexuelle ($\chi^2 = 3.95$, $p = .06$).

	AICS : victimes majeures		AICS : victimes mineures		AICS : victimes majeures et mineures		p
	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	
RG	49	38.8	136	22.1	32	28.1	.08
RS	49	4.1	135	7.4	32	15.6	ns
RSV	49	4.1	135	5.2	32	9.4	ns
RSNV	49	0.0	135	4.4	32	6.3	ns
RVNS	49	8.2	135	3.0	32	0.0	ns
RNVNS	49	28.6	135	15.6	32	12.5	.09

Tableau IV : Taux de récidive des AICS en fonction du type de libération.

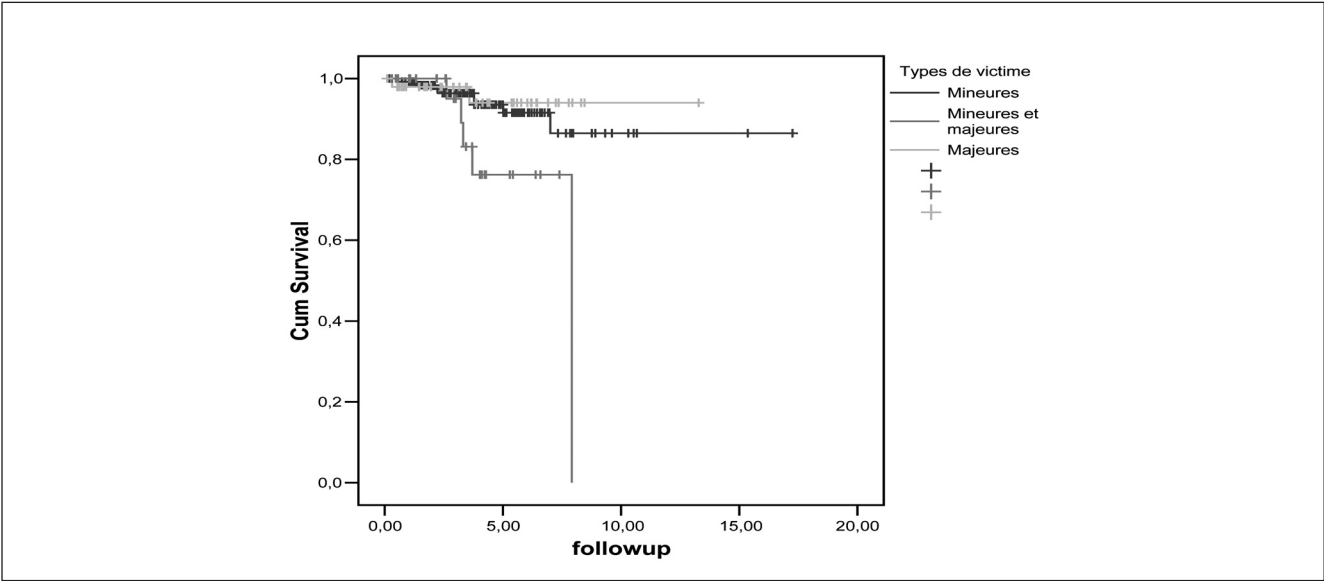


Figure 2 : Courbes de survie de la récidive sexuelle en fonction du type de Victime.

Au vu des courbes de survie (Figure 2), les AICS ayant des victimes majeures et mineures récidivent plus rapidement de manière sexuelle que les AICS ayant des victimes mineures ou majeures (Log Rank = 6.69 ; $p = .04$).

Les analyses comparant les taux de récidive en fonction de l'âge des victimes et du lien familial vic-

time/AICS (Tableau 5) soulignent que les AICS se différencient en fonction du type de victime et du lien qu'ils ont avec celle-ci, et ce, en ce qui concerne notamment la récidive sexuelle (.03). Des résultats similaires mais tendanciels s'observent également pour la récidive violente non sexuelle (.06). Les comparaisons deux à deux permettent d'affiner ce constat. Les AICS

	AICS : victimes majeures		AICS : victimes mineures « extrafamiliales »		AICS : victimes mineures « intrafamiliales »		AICS : victimes mineures « extra et intrafamiliales »		AICS : victimes majeures et mineures		p
	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	Effectif total	Taux (%)	
RG	49	38.8	18	33.3	99	21.2	19	15.8	32	28.1	ns
RS	49	4.1	17	23.5	99	5.1	19	5.3	32	15.6	.03
RSV	49	4.1	17	17.6	99	3.0	19	5.3	32	9.4	ns
RSNV	49	0.0	17	11.8	99	4.0	19	0.0	32	6.3	ns
RVNS	49	8.2	17	11.8	99	1.0	19	5.3	32	0.0	.06
RNVNS	49	28.6	17	17.6	99	16.2	19	10.5	32	12.5	ns

Tableau V : Taux de récidive des AICS en fonction du type de victime (critère âge et critère lien familial victimes mineures/AICS).

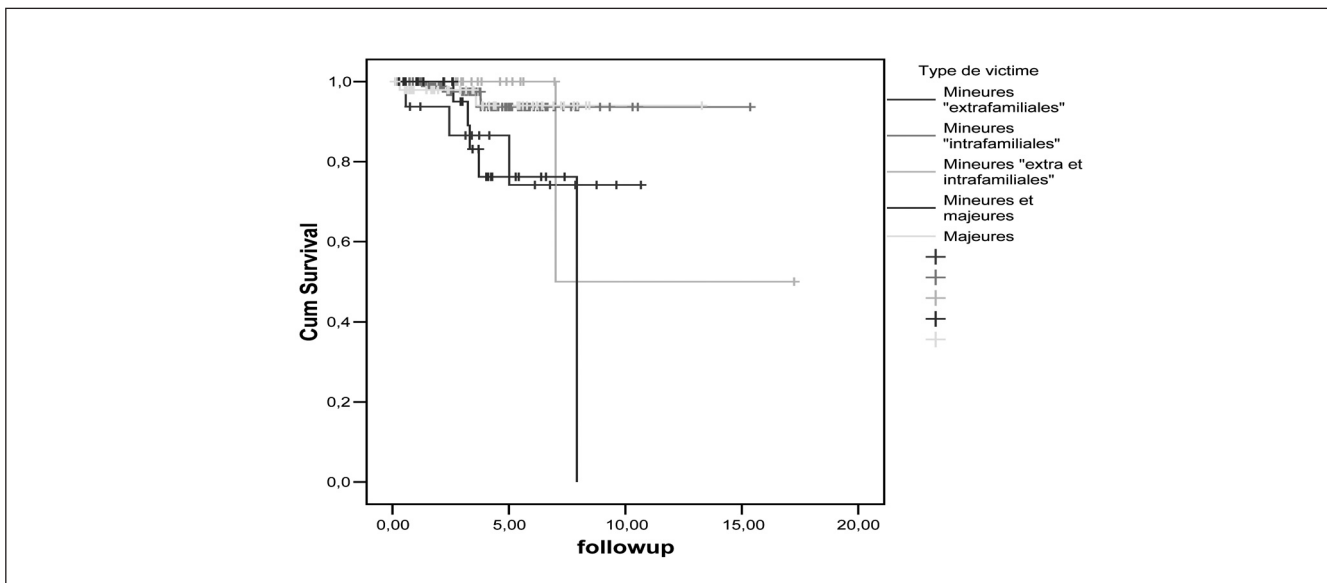


Figure 3 : Courbes de survie de la récidive sexuelle en fonction du type de victime et du lien familial avec les victimes mineures.

ayant des victimes mineures dans la sphère intrafamiliale récidivent moins sur un mode sexuel que ceux ayant des victimes majeures et mineures ($\chi^2 = 3.84$, $p = .06$) ou que ceux ayant des victimes mineures extrafamiliales ($\chi^2 = 6.92$, $p = .03$). Les AICS ayant des victimes mineures dans la sphère extrafamiliale ont des taux de récidive sexuelle supérieurs aux taux des AICS ayant des victimes majeures ($\chi^2 = 5.78$, $p = .03$). En ce qui concerne la récidive violente non sexuelle, les AICS ayant des victimes mineures dans la sphère intrafamiliale ont tendance à moins récidiver que ceux ayant des victimes majeures ($\chi^2 = 5.14$, $p = .04$) ou que ceux ayant des victimes mineures extrafamiliales ($\chi^2 = 6.61$, $p = .06$).

Notons qu'au vu des courbes de survie (Figure 3), les AICS ayant des victimes mineures extrafamiliales ou des victimes majeures et mineures récidivent plus rapidement de manière sexuelle que les autres AICS (Log Rank = 9.58 ; $p = .05$).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Afin de mettre en lien les différents résultats obtenus dans la partie empirique, nous développerons cette discussion en reprenant l'ensemble des résultats relatifs aux AICS en fonction de la manière dont ils ont été catégorisés : (a) en fonction du type de libération

dont ils ont fait l'objet; (b) en fonction du type de victime (critère âge) ; et (c) en fonction du type de victime (critère âge et lien familial entre les victimes mineures et l'AICS).

En ce qui concerne la récidive des AICS catégorisés **en fonction du type de libération**, les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle récidivent davantage de manière générale et plus particulièrement de manière non violente non sexuelle par rapport aux AICS qui sont allés en fin de peine. Les analyses des courbes de survie, qui considèrent les taux de récidive selon la période de temps, montrent que les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle et ceux qui sont allés en fin de peine ne récidivent pas plus rapidement. Par contre, concernant la récidive sexuelle et plus particulièrement la récidive sexuelle non violente, les AICS ayant bénéficié d'un sursis récidivent davantage que les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle ou que ceux qui sont allés en fin de peine. Mentionnons aussi que ceux ayant bénéficié d'un sursis récidivent plus rapidement que les deux autres groupes. Les AICS ayant bénéficié d'une libération conditionnelle récidivent plus de manière générale et de manière non violente non sexuelle comparés aux AICS qui sont allés en fin de peine.

Notons que les AICS qui sont allés en fin de peine sont des personnes qui sont entrées en contact avec une équipe de santé spécialisée en 2001 ou 2002 dans le

cadre d'une guidance ou d'un traitement au même titre que les AICS ayant bénéficié d'un sursis ou d'une libération conditionnelle. Nous ne pouvons pas considérer que ces AICS n'ont pas fait une demande de suivi ou n'en ont bénéficié d'aucun en refusant notamment une demande de libération conditionnelle soumise à la contrainte d'une prise en charge. Nous supposons au contraire que ces personnes ont tout au moins effectué une demande de sortie de prison (libération conditionnelle) à un moment de leur incarcération et de ce fait, sont recensées dans les fiches d'enregistrement de l'UPPL comme ayant rencontré une équipe de santé spécialisée en vue d'une guidance ou d'un traitement. Au niveau de la durée de détention, notons que les AICS ayant fait l'objet d'une libération conditionnelle ont une durée de détention supérieure à ceux qui ont bénéficié d'un sursis.

Lorsque les AICS sont catégorisés **en fonction de l'âge de la victime**, les AICS ayant pour victimes des mineurs ont des périodes de détention plus longues, et récidivent moins de manière générale et non sexuelle non violente que les AICS ayant des victimes majeures. Les AICS ayant des victimes majeures et mineures récidivent plus rapidement sur un mode sexuel. Par ailleurs, les AICS sur victimes majeures récidivent davantage de manière générale et sexuelle non violente par rapport aux AICS ayant uniquement des victimes mineures.

Lorsque les analyses distinguent les AICS **en fonction de l'âge de leur(s) victime(s) et du lien familial entre l'AICS et la victime mineure**, un des principaux résultats est que les AICS ayant des victimes mineures et majeures récidivent davantage sur un mode sexuel par rapport aux autres catégories. Les AICS sur victimes mineures au sein de la sphère familiale récidivent moins de manière sexuelle ou violente non sexuelle.

Par rapport à la littérature internationale, les taux de récidive violente ainsi que ceux de la récidive sexuelle s'avèrent inférieurs à ceux obtenus dans diverses études [9 ; 12 ; 15 ; 16 ; 18 ; 27 ; 29 ; 30 ; 32]. Néanmoins, notons que les AICS de la présente étude présentent des taux de récidive non violente non sexuelle relativement élevés alors que peu voir pas d'études évaluent ce type de récidive. Ce résultats va à l'encontre de l'hypothèse de spécialisation des AICS quant au type de délit commis [5 ; 35 ; 36 ; 37 ; 38].

Les différents résultats soulèvent de nouvelles questions et notamment celle du suivi des AICS issus de cette cohorte. Au cours de cette étude, nous avons été

confrontés à la difficulté qui est liée à la dimension rétrospective de notre recherche. En effet, la validité des résultats est tributaire de la qualité et de l'exhaustivité des renseignements repris tant au sein des grilles AICS de 2001, 2002, qu'au sein des dossiers de la DGD. Notons que pour certains dossiers, les faits remontent parfois à plus de dix ans. Nous émettons l'hypothèse que l'encodage de données dans un tel fichier et/ou le classement de documents dans un dossier judiciaire ont évolué depuis. De plus, les fiches de renseignements fournissaient certes des informations quant à la prise en charge de l'AICS au sein des équipes, mais, ces informations reflétaient l'activité 2001-2002. Nous ne pouvions pas savoir si l'AICS était encore pris en charge en 2008, ni évaluer la fréquence, le type et la qualité du suivi mis en place. De la même manière, au vu de l'évolution des pratiques, nous supposons que la prise en charge des AICS a également évolué entre 2001 et 2008. Ainsi, à aucun moment nous nous sommes permis de confronter nos résultats à ceux issus de la littérature internationale relative à l'efficacité thérapeutique des programmes de traitement proposés aux AICS [21 ; 22 ; 25 ; 28 ; 33 ; 40 ; 41].

Afin de circonscrire davantage la prise en charge des AICS ainsi que leur taux de récidive, notre objectif futur est de mener une recherche de type prospective à long terme. Aussi, la mise en place d'un instrument d'évaluation des AICS reprenant des variables essentielles couvrant les domaines délictueux, diagnostiques, socio-environnementaux et thérapeutiques relatifs à la prise en charge, permettrait de suivre l'évolution des AICS au sein du système de soin ambulatoire proposé en Région wallonne. Cet instrument d'évaluation succinct permettra néanmoins de couvrir un nombre important de domaines : (a) le niveau de risque statique de l'AICS lors de sa libération ; (b) le type de libération ; (c) le suivi au sein d'une ou de plusieurs équipes de santé spécialisées (en cas de réorientation) ; (d) les critères diagnostiques ; (e) les caractéristiques liées à l'environnement social dans lequel il évolue. Il semble important de souligner que ces différentes dimensions sont reconnues comme étant prédictives d'un potentiel risque de récidive. Elles permettent aussi de cerner les besoins des AICS quant à une éventuelle prise en charge ainsi que leur niveau de réceptivité à cette dernière. En effet, la littérature internationale, à travers notamment les écrits de Bonta [2], souligne l'importance d'intégrer ces trois dimensions « Risque, Besoin et Réceptivité » dans la prise en charge des populations délinquantes. ■

RÉFÉRENCES

- [1] ABEL G. & ROULEAU J. (1990). – *The nature and extent of sexual assault: Issues, Theories and Treatment of the offender*. New York: Plenum.
- [2] ANDREWS D.A. & BONTA J. 2003. – *The Psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- [3] BARTOSCH D.L., GARBY T., LEWIS D., & GRAY S. (2003). – Differences in predictive validity of actuarial risk assessment in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 422-438.
- [4] BLACKBURN R. (1994). – *The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice*. London: Wiley.
- [5] BLUMSTEIN A., COHEN J. & VISHER C. Eds. (1986). – *Criminal Careers and Career Criminals*, Vol. 1 Washington DC: National Academy Press.
- [6] BROADHURST R. & LOHN N. (1993). – Sex and violent offenders: probabilities of re-imprisonment. Australian Institute of Criminology, Police and Practice in Correctional and Forensic Services, Conference paper, Perth, October 1993.
- [7] BROADHURST R. & MALLER R. (1992). – The recidivism of sex offenders in the Western Australia prison population. *British journal of Criminology*, 32, 50-84.
- [8] CANN J., FALSHAW L., & FRIENDSHIP C. (2004). – Sexual offenders discharged from prison in England and Wales: a 21 years reconviction study. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 1-10.
- [9] ELZ, J. (2001). – Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern. Sexuelle Missbrauchsdelikte. [Criminal recidivism and criminal careers of sexual offenders. Sexual child abuses]. Wiesbaden, Germany: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- [10] FARRINGTON D. (1994). – Human development and criminal careers. In Moguire, M., Morgan, R., Reiner, R. Eds. *The Oxford handbook of Criminology*. Oxford: Oxford University Press.
- [11] FRIENDSHIP C. & THORNTON, D. (2001). – Sexual reconviction for sex offenders discharged from prison in England and Wales: implications for evaluating treatment. *British Journal of criminology*, 41, 285-292.
- [12] FURBY L., WEINROTT M., & BLACKSHAW L. (1989). – Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- [13] GRAVIER B. & DEVAUD C. (1995). – Délinquance sexuelle. États des lieux. *Nervure*, VIII (7): 10-22.
- [14] GRUNFELD B. & NORIEK K. (1986). – Recidivism among sex offenders: a follow up study of 541 Norwegian sex offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 9, 95-102.
- [15] HANSON R.K. & MORTON BOURGON, 2004, – Predictors of sexual recidivism: An update meta-analysis (User Report 2004-02). Ottawa, Ontario, Canada: public safety and Emergency Preparedness Canada.
- [16] HANSON R.K. & BUSSIÈRE M.T. (1998). – Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- [17] HANSON R.K., STEFFY R.A., & GAUTHIER R. (1993). – Long-term recidivism of child molester. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 61, 646-652.
- [18] HANSON R.K., STEFFY R.A., & GAUTHIER R. (1993). – Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 66, 348-362.
- [19] HEIL P., AHLMEYER S., & SIMONS D. (2003). – Crossover sexual offences. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 221-236.
- [20] HOOD R., SHUTE S., FEITZEN M., & WILCOX A. (2002). – Sex offenders emerging from long-term imprisonment: a study of their long-term reconviction rates and of paroleboard members' judgements of their risk. *British Journal of Criminology*, 42, 371-394.
- [21] LEE K. P., PROEVE M. J., LANCASTER M., & JACKSON H. J. (1996). – An evaluation and 1 year follow up study of community based treatment program for sex offenders. *Australian Psychologist*, 31, 147-152.
- [22] LOOMAN J., ABRACHEN J., & NICHOLAICHUK T.P. (2000). – Recidivism among treated sexual offenders and matched controls. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 279-290.
- [23] LUSSIER P. (2005). – The Criminal Activity of Sexual Offenders in Adulthood: Revisiting the Specialization Debate. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(3), 269-292.
- [24] MALLER R., MORGAN F., & LOHN N. (1997). – *An analysis of the effects of offenders ages on rearrest probabilities in the Western Australian Population*. Unpublished Research report, crime research centre, University of Western Australia.
- [25] MARQUES J.K., WIEDERANDERS M., DAY D.M., NELSON C., & VAN OMMEREN A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.
- [26] MARSHALL W.L. & PITHERS W.D. (1994). – A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and behaviour*, 21, 10-27.
- [27] MENGHINI M., DUCRO C., & PHAM T.H. (2005). – Évaluation de la récidive auprès d'AICS issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic*, numéro spécial, 31-40.

- [28] NICHOLAICHUK T., GORDON A., GU D., & WONG S. (2000). – Outcome of an institutional sexual offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 139-153.
- [29] PRENTKY R.A., LEE A.F.S., KNIGHT R.A., & CERCE D. (1997). – Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 635-659.
- [30] PROULX J., PELLERIN B., McKIBBEN A., PARADIS Y., AUBUT J., & OUMET M. (1997). – Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 7-27.
- [31] QUINSEY V.L., HARRIS G.T., RICE M.E., & CORMIER C.A. (1998). – *Violent Offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- [32] QUINSEY V.L., RICE M.E., & HARRIS G.T. (1995). – Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-105.
- [33] RICE M., QUINSEY V., & HARRIS G. (1991). – Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatry institution. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.
- [34] ROMERO J. & WILLIAMS L. (1985). – Recidivism among convicted sex offenders: a ten years follow up. *Federal Probation*, 49, 58-64.
- [35] SAMPLE L.L. & BRAY T.M. (2003). – Are sex offenders dangerous? *Criminology and Public Policy*, 3, 59-82.
- [36] SIMON L.M.J. (1997). – Do offenders specialize in crime types? *Applied and Preventive Psychology*, 6, 35-53.
- [37] SIMON L.M.J. (2000). – An examination of the assumptions of specialization, mental disorder, and dangerousness in sex offender. *Behavioural Sciences and the Law*, 18, 275-308.
- [38] SMALLBONE S.W., WHEATON J., & HOURIGAN, D. (2003). – Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 49-60.
- [39] SOOTHILL K.L., FRANCIS B., SANDERSON E., & ACKERLEY E. (2000). – Sex offenders: specialists, generalists ... or both? A 32 years criminological study. *British Journal of Criminology*, 40, 56-67.
- [40] STADTLAND C., HOLLWEG M., KLEINDIENST N., DIETL J., REICH U., & NEDOPIL N., (2005). – Risk assessment and prediction of violent and sexual recidivism in sex offenders: Long-term predictive validity of four risk assessment instruments. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(1), 92-108.
- [41] STRUDER L.H., REDDON J.R., ROPER V., & ESTRADA L. (1996). – Phoenix: An in-hospital treatment program for sex offenders. *A Journal of Offender Rehabilitation*, 23, 91-97.
- [42] VAN DER WERFF C. (1989). – Recidivism. Netherlands: Research and Documentation Centre, Ministry of Justice.
- [43] WERNER N. (1989). – Violent Criminal Careers and “Violent criminal careers”: an overview of the research literature. In Weiner, N., Wolfgang, M. Eds. *Violent Crime, Violent Criminals*. Newbury Park CA: Sage.
- [44] WOOD R.M., GROSSMAN L.S., & FICHTNER C.G. (2000). – Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 23-41.

Les contentieux de la Sécurité Sociale

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

Le contentieux de la Sécurité Sociale comprend le contentieux général, les contentieux particuliers essentiellement représentés par l'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale, le contentieux technique.

Le contentieux général se distingue par une procédure amiable préalable puis par une juridiction propre, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

L'expertise médicale règle tout litige d'ordre médical à l'exception de l'invalidité, de l'incapacité au travail, de l'incapacité permanente.

Le contentieux technique gère le contentieux de l'invalidité, de l'incapacité au travail, de l'incapacité permanente.

Mots-clés : contentieux général, contentieux technique, expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du Code de la Sécurité Sociale, Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, commission de recours amiable.

SUMMARY

Social Security legal departments

The Social Security legal department comprises general litigation, private litigation essentially represented by medical expert reports under article L. 141-1 of the Code de la Sécurité Sociale (Social Security Code), and technical litigation.

General litigation is distinguished by a preliminary amicable procedure then a proper jurisdiction, the Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (the Social Security Affairs Court).

Expert medical reports settle any litigation of a medical nature except invalidity, inability to work and permanent disability.

Technical litigation covers litigation concerning invalidity, inability to work and permanent disability.

Key-words: *general litigation, technical litigation, medical expert reports under article L. 141-1 of the Code de la Sécurité Sociale (Social Security Code), Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (the Social Security Affairs Court), commission for amicable appeals.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

I. LE CONTENTIEUX GÉNÉRAL

A. Généralités

1. Définition

Suivant l'Article L. 442 – 1 du Code de la Sécurité Sociale : « il est institué une organisation du contentieux général de la Sécurité Sociale. Cette organisation règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de Sécurité Sociale et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux. »

Le contentieux dit général par opposition aux contentieux particuliers traite donc de tous les litiges à caractère individuel et relatifs à l'application des législations et réglementations de Sécurité Sociale.

Les contentieux particuliers correspondent au contentieux technique de l'invalidité, de l'incapacité permanente, de l'incapacité au travail et des cotisations accident du travail, du contentieux de l'expertise médicale c'est-à-dire du contentieux pris en charge par la procédure fixée par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale, du contentieux du contrôle technique des praticiens soumis à des juridictions spécialisées.

Les contestations non soumises aux procédures du contentieux général incluent donc

- ✓ le contentieux technique institué par l'Article L. 143 – 1 du Code de la Sécurité Sociale qui correspond à l'appréciation médicale de l'état ou du degré d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, l'appréciation médicale de l'état du degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'appréciation médicale de l'incapacité au travail des assurés âgés de plus de 60 ans et de moins de 65 ans.
- ✓ la procédure fixée par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale par expertise médicale qui fixe l'appréciation médicale de l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle lorsque cette appréciation ne relève pas des dispositions du contentieux technique susvisé.
- ✓ le contentieux du contrôle technique régi par l'Article L. 145 – 1 du Code de la Sécurité Sociale qui régit les fautes, les abus, les fraudes et tout fait intéressant les professions médicales et para-

médicales lorsque c'est-à-dire ou c'est-à-dire sont relevés à l'encontre des praticiens traitants ou d'auxiliaires médicaux.

- ✓ les recours relevant des juridictions civiles et commerciales c'est-à-dire les contestations relevant du droit civil et commercial (par exemple action intentée contre un tiers responsable d'un accident survenu à un assuré social, action intentée contre un employeur...).
- ✓ les recours devant des juridictions administratives pour des contestations relevant du droit administratif, contentieux de l'annulation (par exemple suspension par la DRASS d'une décision d'un organisme de sécurité sociale contraire à la Loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de l'organisme) ; contentieux de pleine juridiction (action en responsabilité contre le tiers responsable d'un accident dont a été victime un assuré social lorsque ce tiers est une personne morale de droit public).
- ✓ les recours relevant des Juridictions Pénales, c'est-à-dire des contestations relevant du Droit Pénal : fraudes, fausses déclarations, inobservation des prescriptions de la Législation de la Sécurité Sociale (Article L. 244 – 1 du Code de la Sécurité Sociale).
- ✓ les recours divers (le remboursement de soins dispensés hors de C'est-à-dire ; le remboursement d'un acte non inscrit à la Nomenclature Générale des actes professionnels, prise en charge des prothèses dentaires nécessaires à l'exercice de la profession...)

2. Le domaine de compétence du Contentieux Général

Les principales catégories de litiges relevant du Contentieux Général.

Cette énumération ne présente pas de caractère limitatif mais contient les principales catégories de litiges :

- ✓ Affiliations : litiges concernant l'affiliation et l'immatriculation au régime de Sécurité Sociale (notamment sur la qualité de salarié)
- ✓ Prestations : contestations relatives aux prestations (les droits, le calcul, le montant)
- prestations de l'assurance maladie (par exemple remboursement des frais d'hospitalisation, transport...)

- prestations concernant les accidents du travail et maladies professionnelles (reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail, montant des prestations en nature, les indemnités journalières de la rente, faute inexcusable de l'employeur ; faute intentionnelle de l'employé).
- prestations indûment perçues.
- ✓ **Nomenclature** : procédure de l'entente préalable, non respect des conditions générales de la Nomenclature, cotation ne correspondant pas à l'acte effectué, condition technique de l'exécution de l'acte c'est-à-dire à celle énoncée par la Nomenclature.
- ✓ **Expertise médicale** : contestation des conclusions de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale par exemple expertises pour statuer sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, la reconnaissance d'une rechute d'un accident du travail, sur l'admission d'une maladie au sein des affections de longue durée.
- ✓ **Litiges divers** : prestations faisant l'objet d'un litige entre Caisse de Sécurité Sociale et Praticiens (règlement des honoraires) ou entre caisses et établissements de soins (règlement des frais d'hospitalisation).

B. La procédure

Le contentieux général de la Sécurité Sociale a été organisé par l'Ordonnance n° 58 – 1275 du 22-12 -1958, le décret n° 58 – 1291 du 22-12 -1958 et modifié par

les textes Législatifs et Réglementaires (Loi n° 85 -10 du 03.01-1985 et n° 85-772 du 29 – 07-1985, Décret n° 86-58 du 18 – 03 -1986, Arrêté du 10.06.1986) qui ont été repris dans le nouveau Code de la Sécurité Sociale (Articles L. 142 – 1 à L. 142 – 8 et R. 142 – 1 à R. 142 – 31 du Code de la Sécurité Sociale).

Cette procédure s'échelonne sur trois niveaux : la Commission de Recours Amiable, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, la Chambre Sociale de la Cour d'Appel.

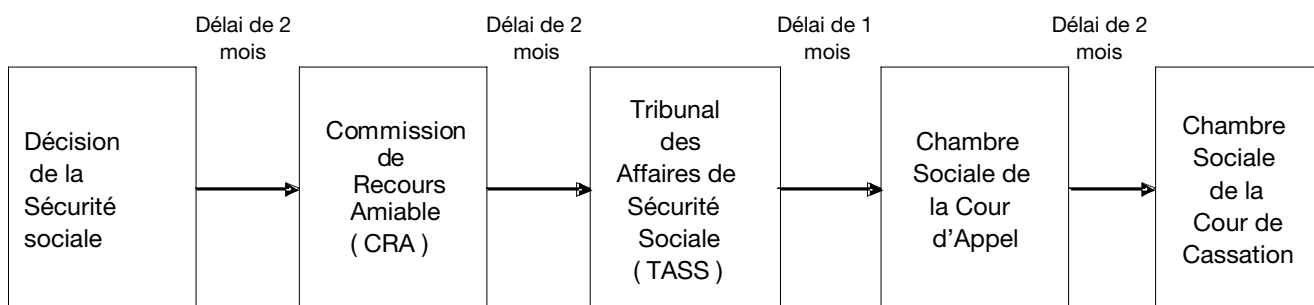
La procédure amiable est caractéristique du Contentieux Général de la Sécurité Sociale par rapport au droit commun.

1. La procédure amiable préalable

Elle est fixée par les Articles R. 142 – 1 à R. 142 – 7 du Code de la Sécurité Sociale. Lorsque l'assuré ou un employeur estime avoir été lésé par une décision de l'Organisme de Sécurité Sociale, il doit, avant toute action devant le Tribunal de l'Ordre Judiciaire proprement dit, saisir la Commission de Recours Amiable qui est désignée chaque année civile par le Conseil d'Administration des Caisses.

Font exception à ce préalable obligatoire du recours à la commission de recours amiable (article 142-7 du code de la sécurité sociale) :

- ✓ les recours formés contre les décisions émanant du directeur agissant par délégation du conseil d'administration en matière d'allocations familiales.
- ✓ Les contestations dirigées contre les actions engagées par la sécurité sociale afin d'obtenir le recouvrement des cotisations par l'employeur, le rem-



Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 2001, p 117.

boursement des prestations indûment versées. Cette exception vise l'opposition à contrainte.

- ✓ Les contestations relatives à la répartition du coût des accidents du travail, des maladies professionnelles entre les entreprises de travail temporaire et les entreprises utilisatrices
- ✓ Au titre de l'article R.142-7 du code de la sécurité sociale, les contestations relatives à l'attribution, au refus de l'attribution, à la suspension ou à la révision de l'allocation supplémentaire du fond national de solidarité sont dispensées de préliminaires devant la commission de recours amiable.

La commission de recours amiable compétente est celle du lieu de l'organisme qui a pris la décision contestée.

- ✓ Composition : La CRA comprend pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels autres que ceux prévus à l'article L.621-3 du code de la sécurité sociale), c'est-à-dire les groupes des professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles :
- ✓ Deux administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant
- ✓ Deux administrateurs choisis par les autres catégories d'administrateurs.

En ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole, la CRA comprend deux administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs, deux administrateurs choisis parmi les représentants des salariés. Les petits exploitants et les artisans ruraux n'employant pas généralement de main d'œuvre peuvent être désignés à l'une ou l'autre des parties sus citées.

Toutefois la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend trois administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et trois administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

La CRA comprend pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels des non salariés mentionnés à l'article L.621-3 du code de la sécurité sociale quatre administrateurs de l'organisme intéressé (article R.142-2 du code de la sécurité sociale).

Elle est donc composée en général de 4 membres désignés paritairement par ceux du Conseil d'Admi-

nistration de l'Organisme (2 administrateurs représentant les salariés et 2 représentant les employeurs).

Les membres de la commission de recours amiable, sont désignés au début de chaque année par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale compétent.

Le secrétariat de la commission de recours amiable est assuré par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie.

- ✓ Compétence : la Commission donne sur les affaires qui lui sont soumises son avis au Conseil d'Administration qui statue et notifie la décision aux intéressés (à moins qu'il n'ait donné délégation annuelle de ses pouvoirs à la Commission). Le Conseil d'Administration statue d'ailleurs en cas de partage des voix au sein de la Commission. En principe la commission de recours amiable ne joue qu'un rôle consultatif et ne fait que délivrer un avis au conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie avis qui sera suivi ou non. Mais la commission de recours amiable peut avoir reçu une délégation du conseil d'administration qui lui permet de prendre la décision en statuant directement aux lieux et places du conseil d'administration sur la base des propositions élaborées par les services.
- ✓ Procédure : le recours auprès de la Commission de Recours Amiable doit être fait sous forme de lettre simple, si possible par voie recommandée, pour éviter toute contestation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle l'intéressé entend former une réclamation (alinéa 2 de l'article R.142.-1 du code de la sécurité sociale).
- ✓ Fonctionnement : la Commission de Recours Amiable (CRA) se réunit sur convocation du Président du Conseil d'Administration au moins deux fois par mois. Elle peut désigner un Président et un Vice Président appartenant à des catégories d'administrateurs différents mais sans voie prépondérante. A titre consultatif, un Médecin Conseil y siège.

Le terme de commission de recours amiable signifie qu'il s'agit d'une instance administrative et non d'une véritable juridiction. La commission de recours amiable n'est donc pas soumise aux exigences du procès équitable (arrêt du 06.04.04 de la 2^e chambre civile

Encadré 1**Exemple de lettre en appel auprès de la commission de recours amiable**

Monsieur ou Madame le Président

de la Commission

de recours amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de....

Recommandée avec AR

Monsieur ou Madame le Président de la Commission de Recours Amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de.....,

Par lettre du..... le service..... de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de..... m'a notifié une décision de.....

Cette décision appelle de ma part les observations suivantes :

.....

Je conteste donc cette décision.

C'est la raison par laquelle je demande un nouvel examen de mon dossier par la commission que vous présidez.

Veuillez agréer, Monsieur ou Madame le Président, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A..... le.....

Signature :

de la cour de cassation : TPS 2.004, comm.n°202, obs.X. Prétot). Le terme de recours amiable ne signifie pas qu'est entreprise une conciliation. Il s'agit plus d'un recours hiérarchique administratif à l'inverse par exemple du préliminaire de conciliation prud'homal. En effet, la commission de recours amiable ne fait qu'assurer un examen plus approfondi du dossier sur le seul terrain de l'application de la règle du droit sans pouvoir émettre de solution transactionnelle. Le fait qu'il ne s'agit pas d'une véritable juridiction, explique l'absence de débat oral et contradictoire.

La procédure se déroule donc par écrit sans comparution des parties ni représentation, sans audition et sans débat.

Les décisions de la CRA sont prises après examen sur pièces, les textes ne prévoyant pas la comparution du requérant devant la Commission.

La décision de la commission de recours amiable est susceptible d'annulation par l'autorité de tutelle (le préfet de région et par délégation le directeur de la DRASS) mais uniquement si elle est illégale ou de nature à compromettre l'équilibre financier du régime

(articles L.151-1, R.151-1 à R.151-3 du code de la sécurité sociale). La commission de recours amiable doit alors rendre une nouvelle décision conforme à celle de la tutelle.

La CRA doit en principe répondre à la requête qui lui est soumise dans le mois suivant la date de la réception ce qu'elle ne fait pratiquement jamais.

Si la décision n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans un délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par la commission, l'intéressé peut se pourvoir devant le TASS (article R.142-6 et R.142-18 du code de la sécurité sociale) dans un délai de deux mois. Ce silence vaut rejet de la demande. Le patient peut considérer que sa demande est rejetée si la Commission de Recours Amiable n'a pas pris de décision dans le délai imparti, c'est-à-dire un mois.

La décision doit être motivée.

✓ Appel : si le plaignant n'obtient pas gain de cause il est alors en droit de porter son litige devant une véritable instance juridictionnelle : le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale dans un

délai de deux mois à compter, soit de la date de notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois imparti à la Commission de Recours Amiable pour statuer.

Généralement la décision originelle est maintenue.

2. Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS)

En 2006, 93.000 recours ont été déposés auprès des TASS avec un délai d'audience de 12 mois et 5.300 appels des jugements ont été portés devant la Cour d'appel soit un pourcentage d'appel de 5,7%. Le délai moyen d'audience est de 12 mois, le délai moyen de notification de 23 jours.

Les principaux recours portés devant le TASS sont en matière de :

- ✓ Famille (27%)
- ✓ Maladie (20%)
- ✓ Recouvrement (14%)
- ✓ Régime spécial des indépendants : RSI (14%)
- ✓ AT/MP (12%)

La procédure contentieuse est fixée par les articles L. 142 – 4 à L. 142 – 8 et R. 142 – 8 à R. 142 – 27 du Code de la Sécurité Sociale.

- ✓ **Composition** : le Tribunal est présidé par un Magistrat du siège du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel le TASS a son siège ou par un Magistrat du siège honoraire désigné pour trois ans par Ordonnance du Premier Président de la Cour d'Appel.

Il est assisté de deux assesseurs qui eux ne sont pas des Juges professionnels et qui représentent l'un les travailleurs salariés et l'autre les employeurs ou les travailleurs indépendants.

Ils sont désignés pour trois ans par Ordonnance du Premier Président de la Cour d'Appel, après avis du Président du TASS sur une liste dressée dans le ressort de chaque Tribunal par les autorités compétentes de l'Etat sur propositions des organisations Patronale et Ouvrière les plus représentatives.

La récusation du président et des assesseurs du tribunal des affaires de sécurité sociale est régie par la disposition du chapitre 2 du titre X du livre premier du nouveau code de procédure civile.

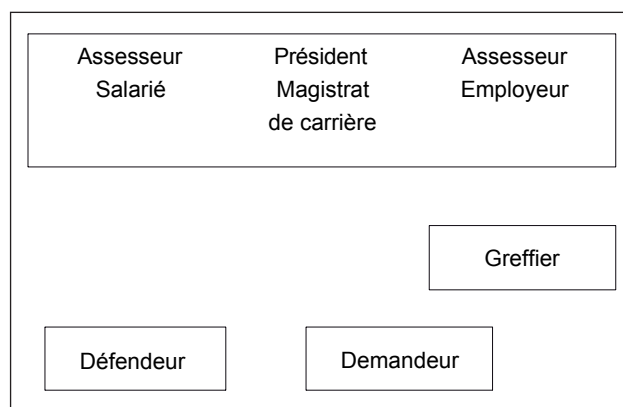


Schéma du TASS

Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 3^e édition, 2001, p 63.

Le secrétariat du TASS est assuré par un fonctionnaire qui est désigné au début de chaque année judiciaire au sein du personnel de la DRASS et non parmi les greffiers des juridictions civiles (article R.142-15 du code de la sécurité sociale).

- ✓ **Procédure** : le Tribunal doit être saisi par simple requête ou par lettre recommandée déposée ou adressée à son secrétariat dans un délai de deux mois à compter, soit de la date de notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois imparti à la Commission de Recours Amiable pour statuer.

La lettre de requête auprès du TASS doit contenir pour les personnes physiques :

- ✓ l'indication des noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur.
- ✓ L'indication des noms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée ou s'il s'agit d'une personne morale de sa dénomination et de son siège social.
- ✓ L'objet de la demande.

Elle doit être datée et signée.

La procédure est orale et contradictoire.

Elle est gratuite. L'assuré peut se faire représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat, un travailleur salarié, un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des Organisations Syndicales de Salariés ou d'Employeurs, un administrateur ou un employé de l'organisme partie

Encadré 2**Exemple de lettre de recours auprès du tribunal des affaires de Sécurité sociale**

Recommandée avec AR.

Je soussigné (e).....

Demeurant à.....

déclare saisir le tribunal des affaires de Sécurité sociale d'un recours contre une décision de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de..... rendue le..... (ou contre une décision de rejet implicite de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de..... dont ci-joint une copie) dans un différend concernant le sujet suivant :.....

Je conteste cette décision pour les raisons suivantes :.....

A..... le.....

Signature :

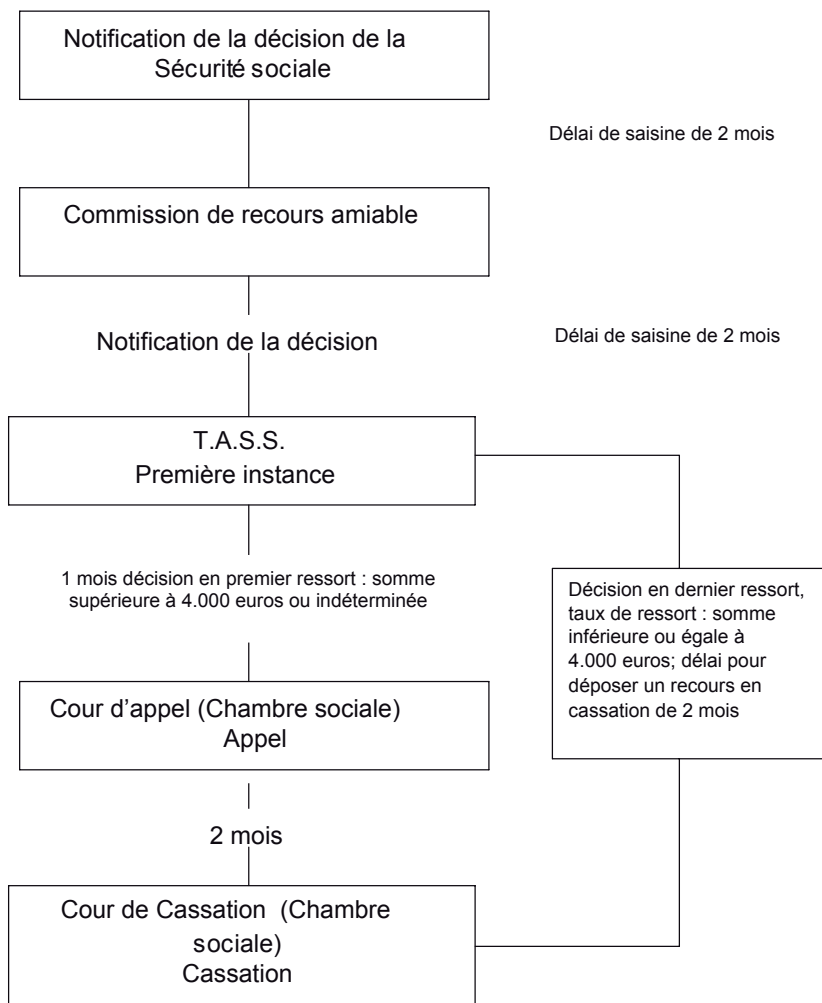


Schéma résumé du contentieux général de la Sécurité Sociale

Encadré 3**Modèle de lettre de pouvoir****POUVOIR**

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur (nom prénom de la victime)

Né(e) le à

Demeurant : (adresse de la victime).....

.....

Profession :.....

Nationalité :.....

Donne pouvoir à Monsieur (ou madame)(adresse),

avocat

représentant qualifié du Syndicat ou représentant qualifié des Organisations d'Employeurs

délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives

conjoint, ascendant ou descendant en ligne directe

travailleur salarié, employeur ou travailleur indépendant exerçant la même profession

administrateur ou employé de l'organisme partie en instance ou employé d'un autre organisme de Sécurité Sociale,

(*)

pour m'assister et me représenter devant le TASS de, dans l'affaire qui m'oppose à (nom et adresse de l'entreprise ou de l'organisme).

Recours n° :

Audience du

Fait à, le.....

Signature (écrire « bon pour pouvoir » et signer)

(*) Rayer les mentions inutiles

en instance ou un employé d'un autre organisme de Sécurité Sociale, un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives (Articles L.142-8 et R. 142 – 20 du Code de la Sécurité Sociale).

Le TASS peut ordonner une expertise qui pour les constatations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'une maladie professionnelle ou en cas de contestation portant sur l'avis technique (à caractère médical) relèvent de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale (Article R. 142 – 22,

Alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale). Ceci peut survenir quand par exemple un certificat médical entre en contradiction avec les conclusions d'une expertise médicale de la Sécurité Sociale. Il apparaît d'une part que le Juge ne peut ordonner une nouvelle expertise médicale qu'à la demande des parties et d'autre part qu'il n'est pas tenu de satisfaire cette requête. C'est à lui d'apprécier si elle est nécessaire ou non. Ainsi dès lors que les conclusions de l'expert technique fixent sans ambiguïté la date de consolidation ou de guérison, une Cour d'Appel peut dans l'exercice de son pou-

voir souverain estimer qu'une seconde mesure d'instruction s'avère inutile. Il en est de même lorsque l'expert technique dans un avis clair et précis a écarté tout lien de causalité entre les troubles de l'assuré et l'accident du travail. En effet l'Article 3 de la Loi N° 90/86 du 23.01.1990 a modifié l'Article L. 141- 2 du Code de la Sécurité Sociale relatif à l'expertise médicale en supprimant le caractère irréfragable, l'avis technique de l'expert ne s'imposant plus à l'égard de la juridiction saisie (TASS, Cour d'Appel). Le Juge a ainsi le pouvoir d'ordonner une nouvelle expertise.

Il convient de noter que sur 1 300 expertises médicales régies par l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale et effectuées dans le cadre du contentieux général du régime général (TASS et Chambre Sociale des Cours d'Appel) en 1988 et 1989, 920 décisions ont été maintenues par l'expert soit 70,4 % avec un pourcentage à peu près identique dans le cadre de l'Assurance Maladie et dans le cadre de la Législation "accidents du travail – maladie professionnelle".

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le Tribunal ne peut statuer qu'après mise en c'est-à-dire de la procédure d'expertise médicale (Article R. 142 – 24 Alinéa 1 du Code de la Sécurité Sociale).

Les trois membres du TASS se réunissent à huis clos pour prendre la décision à la majorité. La décision est prononcée publiquement, soit le jour de l'audience si le délibéré lui fait suite, ou le plus souvent à une date ultérieure indiquée aux parties par le président. Les décisions sont notifiées à chacune des parties dans la quinzaine du prononcé du jugement (article R.142-27 du code de la sécurité sociale).

- ✓ Appel : les décisions rendues en dernier ressort (lorsque la valeur du litige est inférieure à 4.000 euros) pour le Tribunal ne peuvent pas faire l'objet d'un appel devant la Juridiction du deuxième degré c'est-à-dire la Chambre Sociale de la Cour d'Appel de l'Ordre Judiciaire mais elles peuvent faire l'appel d'un pourvoi en Cassation.

Toutes les autres décisions c'est-à-dire celles qui sont rendues au premier ressort peuvent être frappées d'appel.

Le jugement qui statue sur une demande indéterminée est, sauf disposition contraire, susceptible d'appel (article n° 40 du nouveau code de procédure civile).

Ceci signifie que quand les conséquences financières d'un grief ne sont pas déterminées il est possible de faire appel.

Normalement seul le demandeur ou le défendeur peut au procès en 1ère instance devant le TASS (article 546 du nouveau code de procédure civile) interjeter appel puisqu'ils ont été partie en tant que demandeur ou défendeur au procès. Mais par exception, le droit d'appel est ouvert dans les mêmes délais à des tiers (articles R.142-28 du code de la sécurité sociale) :

- ✓ le directeur de la DRASS
- ✓ le chef du SRITEPSA.

3. La Cour d'appel

C'est la procédure contentieuse du second degré. Les décisions du TASS sont susceptibles d'appel devant la Chambre Sociale à la Cour d'Appel de l'Ordre Judiciaire.

Les parties, c'est-à-dire non plus seulement le requérant, mais aussi l'Organisme de Sécurité Sociale et la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales même si ces derniers n'ont pas été partie en première instance, peuvent interjeter appel dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision du TASS, soit par lettre recommandée adressée au greffe, soit par dépôt de l'appel directement au secrétariat du TASS dont la décision est attaquée

- ✓ Composition : la Cour est composée de trois conseillers qui sont des Magistrats professionnels. Le Ministère Public est confié à un Magistrat du Parquet Général.

- ✓ Procédure

Il n'y a pas de grande différence avec les règles en usage pour le TASS.

Le délai d'appel est d'un mois à compter de la notification du jugement du TASS (alinéa 1 de l'article R.142-28 du code de la sécurité sociale).

Dans l'acte d'appel il doit être expressément précisé que l'on demande l'annulation, la réformation ou l'infirmité du jugement.

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter, la présence d'un avocat n'est pas obligatoire. La procédure est orale.

Encadré 4**Modèle de déclaration d'appel par la partie (C.S.S article 142-28 modifié par décret du 28.12.2005, article 58 du nouveau code de procédure civile)**

Sur papier en tête.

Lettre recommandée avec A.R., adressées à Monsieur le Greffier en chef de la cour d'appel de..... (lieu)

Jugement (date)

(références de la décision attaquée)

Date

– Nous avons l'honneur d'interjeter appel du jugement rendu le....., par le Tribunal des affaires de sécurité sociale de....., (indiquer les nom, prénoms, profession, domicile, nationalité et date et lieu de naissance et domicile de la personne physique appelante, ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa forme, sa dénomination, l'indication de l'organe qui la représente légalement et son siège social) dans l'affaire nous opposant à :..... (indiquer les noms et domicile de la personne physique contre laquelle l'appel est dirigé ou s'il s'agit d'une personne morale de sa dénomination et son siège social)

Notre appel a pour objet : (préciser : annulation, réformation ou infirmation).

Devant la formation collégiale de la Cour, nous serons assistés (en cas de représentation par un avocat) par Maître....., avocat..... (adresse).

Nous vous joignons la copie de la décision critiquée.

Nous vous remercions de bien vouloir nous accuser réception de cet acte d'appel.

Signature (de l'appelant, personnellement ou de son représentant légal)

P.J. Copie de la décision

La Cour d'Appel peut également ordonner une expertise de la même façon que l'expertise ordonnée par le TASS.

La notification de l'arrêt de la cour doit intervenir en principe dans un délai de 15 jours à compter du prononcé de l'arrêt par lettre recommandée avec demande d'avis de réception (alinéa 1 de l'article R.142-27 et R.142-29 du code de la sécurité sociale).

4. La Cour de Cassation

La Cour de Cassation constitue l'autorité suprême pour l'interprétation et l'application de la Législation de Sécurité Sociale. Mais elle ne joue pas le rôle d'un troisième degré de Juridiction, elle ne fait que vérifier si la Loi était correctement appliquée ou non.

Tous les jugements rendus en dernier ressort (pour le Tribunal des affaires de sécurité sociale ou par la Cour d'Appel) sont susceptibles d'être frappés d'un

pourvoi en cassation (article L.144-1 du Code de la Sécurité Sociale inséré par les Loi N°94-43 du 18 janvier 1994 art.80 VII Journal Officiel du 19 janvier 1994, Loi N°2002-73 du 17 janvier 2002 art.35 III 2° Journal Officiel du 18 janvier 2002). Peuvent former pourvoi dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision aux parties (article 144-8 du code de la sécurité sociale), outre les parties intéressées :

- ✓ Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale
- ✓ Le chef du service régional à l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de Mutualité sociale agricole.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le chef du service régional de l'inspection

du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, demandeur ou défendeur au pourvoi sont dispensés du ministère d'avocats. Le pourvoi introduit par ces fonctionnaires est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

Néanmoins le droit qui est reconnu

- ✓ au directeur régional ou son représentant des affaires sanitaires et sociales,
- ✓ le chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ou son représentant

de déposer un pourvoi ne nécessite pas qu'ils aient été partie aux litiges devant le juge du fond (arrêt du 22.05.97 de la chambre sociale de la Cour de cassation : RJS 1997 n° 1031, arrêt du 27.11.75 de la chambre sociale de la Cour de cassation : bull. civ.V n°581).

Ce pourvoi doit être introduit dans un délai de deux mois à compter de la notification. Le pourvoi en cassation est formé par ministère d'un avocat en conseil d'état et à la cour de cassation. Le pourvoi est déposé au greffe de la cour de cassation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Pour se pourvoir en Cassation on doit faire une déclaration au secrétariat du greffe de la Cour de Cassation signée par un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. On ne peut pas effectuer ce pourvoi soi même. La présence d'un avocat spécialisé est obligatoire. En aucun cas le pourvoi en Cassation n'est suspensif d'exécution : s'il s'agit par exemple de recouvrement de cotisations, on devra les acquitter sans attendre la décision de Cour de Cassation.

L'affaire passe devant une formation spécialisée, la section sécurité sociale, au sein de la 2e Chambre civile de la Cour de cassation qui comporte trois sections.

- ✓ une section en droit commun,
- ✓ une section procédure
- ✓ une section sécurité sociale. Cette section sécurité sociale était initialement rattachée à la Chambre sociale, puis a été rattachée à la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation le 01-10-2003.

La Cour peut, soit rejeter le pourvoi (dans ce cas la décision attaquée devient définitive), soit casser la décision qui lui a été déférée : elle désigne alors la juridiction de renvoi chargée à nouveau du litige.

II. L'EXPERTISE MÉDICALE RÉALISÉE AU TITRE DE L'ARTICLE L. 141 – 1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Près de 280 000 expertises médicales au titre de l'article L141-1 du code de la sécurité sociale ont été réalisées dans le cadre du Régime Général de la Sécurité sociale entre 1985 et 1989.

Chaque année, plus de 50 000 expertises au titre de l'article L141-1 sont effectuées en France. Les avis initiaux sont confirmés dans 70 % des cas.

A. Le domaine de compétence de l'expertise médicale au titre de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale

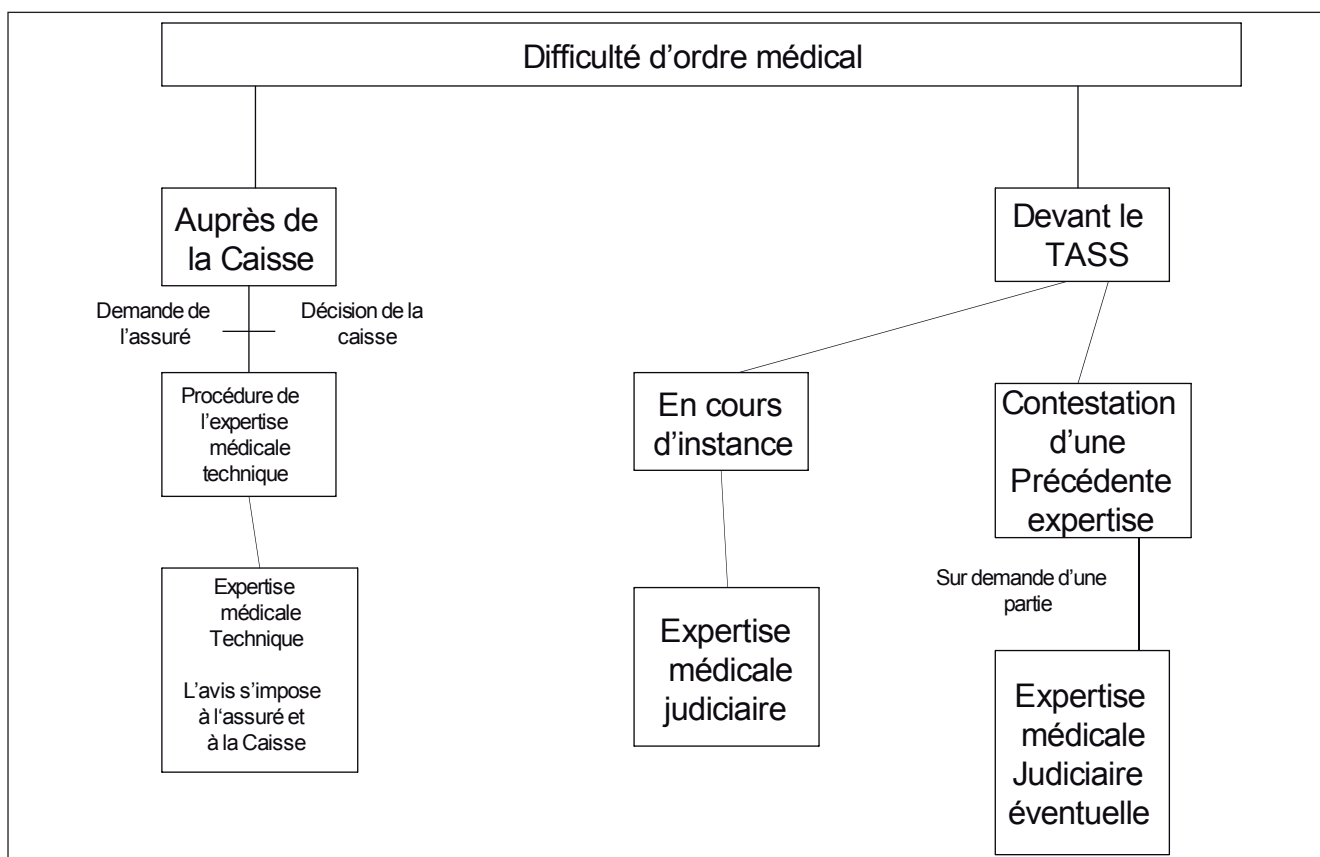
Ce domaine concerne tout litige d'ordre médical à l'exception de l'invalidité, l'incapacité permanente et l'inaptitude au travail (Article L. 143 -1 du Code de la Sécurité Sociale). L'expertise médicale peut être sollicitée aussi bien en cas d'accident du travail que de maladie.

A titre indicatif les missions les plus fréquemment rencontrées portent par ordre décroissant sur

- les arrêts de travail,
- l'exonération du ticket modérateur c'est-à-dire la reconnaissance d'une maladie comme affection de longue durée,
- la date de guérison ou de consolidation d'un accident du travail,
- la rechute
- le placement dans un établissement (par exemple moyen séjour)
- les soins de kinésithérapie, les soins infirmiers

En assurance maladie les litiges portent sur

- le refus de l'exonération du ticket modérateur
- le refus des prestations d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, de cure thermique, d'appareillage orthopédique, de transport, de soins par des auxiliaires médicaux, d'hospitalisation ou de placement
- et en général tout litige portant sur l'état du malade (stabilisation, consolidation...)



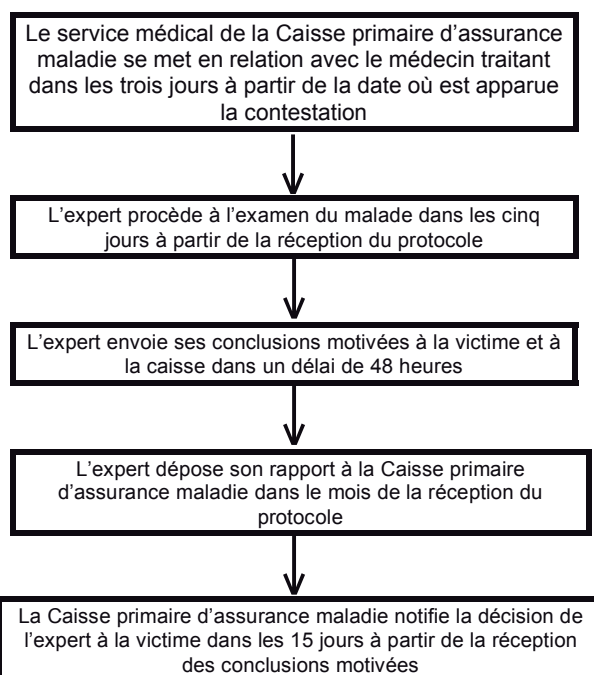
Tiré du Guide du contentieux de la Sécurité Sociale de Michel Pierchon. Paris : Editions Cedat ; 3^e édition , 2001, p 201.

En accident du travail, maladie professionnelle peuvent être sujets de litige

- la révélation d'un état antérieur par un accident du travail
- l'imputabilité de la lésion à l'accident allégué,
- la justification d'une cessation de travail
- la réadaptation fonctionnelle
- la date de guérison, de consolidation.
- l'aggravation de l'état antérieur
- la nécessité de soins préventifs d'aggravation après consolidation
- la rechute

B. Procédure de l'expertise

1. Mise en oeuvre de l'expertise



Les étapes successives de l'expertise médicale

L'expertise est gratuite pour l'assuré, les dépenses sont à la charge de la Caisse sauf contestation abusive de l'assuré.

L'initiative de l'expertise est prise par l'assuré ou par la Caisse.

La demande de l'assuré doit être présentée dans un délai d'un mois à partir de la date de la réception par l'assuré de la notification de refus de la Caisse, décision contestée dans le cadre de l'assurance maladie.

Le délai était jusque récemment en pratique de deux ans après la date de notification d'accident du travail ou de maladie professionnelle (cette date étant le jour

de l'accident) , soit de deux ans après la date de cessation de paiement des indemnités journalières (article L.431-2 du Code de la Sécurité Sociale) en matière d'accident du travail, c'est-à-dire jusqu'à la date de prescription du droit à réparation, car aucun délai n'était fixé en matière d'accident du travail par le décret du 7 – 01 – 1959 paru au Journal Officiel du 10 – 01 – 1959. Cette dernière interprétation a été modifiée par le décret 2006-546 du 12.05.06 paru au journal officiel du 14.05.06 relatif aux experts médicaux judiciaires qui modifie l'article R.141-2 du code de la sécurité sociale traitant de l'expertise médicale. Ce décret, entré en vigueur le 15.05.06 instaure un délai d'un mois

Encadré 5

Modèle de lettre de demande d'expertise médicale au titre de l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

NOM Prénom

Adresse

Date de naissance

N° de sécurité sociale

Monsieur le Docteur...
Médecin conseil de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de ...
Adresse du service médical

Recommandé avec accusé de réception

Ou contre récépissé déposé au guichet de la caisse

Monsieur (ou Madame) le Médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie de.....

Monsieur (ou Madame) le Docteur.....,

Par une lettre du..... (Cf photocopie ci-jointe), le service..... de la caisse primaire d'assurance maladie de..... m'a notifié la décision suivante :.....

Cette décision appelle de ma part les observations suivantes :

.....

Je conteste donc cette décision. C'est la raison pour laquelle je demande une expertise médicale au titre des articles R.141-1 à R.141-10 du code de la sécurité sociale.

Mon médecin traitant est le Docteur ... (nom et prénom et adresse).

Je vous prie d'agréer, Monsieur (ou Madame) le médecin conseil, l'expression de mes sentiments profondément respectueux.

A.....

Le.....

Signature :

pour demander une expertise dans le cadre d'une contestation relative à l'état de santé de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cette nouvelle disposition est commentée par la circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) n°9-2007 du 20.02.07. L'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est donc désormais traité comme un assuré victime d'une simple maladie. Les expertises relevant du champ des AT-MP doivent donc être demandées dans le délai d'un mois à compter de la date de décision contestée. Le délai de forclusion court, non pas à compter de la décision de la caisse, mais à compter de sa notification. Les nouveaux courriers relatifs à l'expertise devront désormais expressément mentionner le délai de recours d'un mois et seront donc adressés à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception.

2. Désignation de l'expert

Le service du contrôle médical de la Caisse doit se mettre en rapport avec le médecin traitant de l'assuré en vue de la désignation de l'expert (article R.141-2 du Code de la Sécurité sociale) dans les trois jours qui suivent :

- ✓ la date où est apparue une contestation d'ordre médical
- ✓ la réception de la demande d'expertise formulée par l'assuré

Le médecin conseil du service médical de l'assurance maladie envoie en général au médecin traitant une liste de trois experts parmi lesquels le médecin traitant devra choisir un nom pour effectuer l'expertise médicale. Il arrive parfois que le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie demande sur une liste trois médecins experts au médecin traitant de choisir deux experts, le deuxième étant désigné qu'en cas de carence du premier.

Il arrive également que le service médical ne propose qu'un seul nom, auquel cas, si le médecin traitant n'est pas d'accord, ce dernier peut faire une contre proposition écrite sur le nom d'un autre expert médical au service médical de la caisse.

Le Médecin Expert est donc désigné d'un commun accord entre le Médecin Conseil et le Médecin Traitant dans un délai de trois jours à compter de la date du dépôt de la contestation ou de l'apparition d'une divergence d'appréciation, et à défaut d'accord entre le Médecin Conseil et le Médecin Traitant (article R. 141 – 1 du

Code de la Sécurité Sociale) , par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales.

Suivant l'article R. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'Expert est désigné par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits sous la rubrique Experts Spécialisés en matière de Sécurité Sociale sur les listes dressées en application de l'article 2 de la Loi N° 71 – 498 du 29.06.1971 et de l'article 1er du décret N° 74 – 1184 du 31.12.1974 relatif aux experts judiciaires. Les Cours d'appel procèdent à l'inscription des experts de cette spécialité dans les conditions prévues par les articles 6 à 10 du décret du 31.12.1974 sus mentionné après avis du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu à l'article 67, alinéa 4 du décret du 28.06.1979 sus visé, l'Expert est en tous les cas choisi parmi les Médecins Spécialistes compétents pour l'affection considérée.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le Médecin qui a soigné le malade, un Médecin attaché à l'entreprise, le Médecin Conseil de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ou de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

3. Cas de récusation de l'expert

La victime peut récuser le choix d'un expert pour différents motifs :

a. Récusation de l'expert en application du Code de déontologie médicale

Les motifs de récusation sont détaillés dans le chapitre F. Les responsabilités de l'expert de II. L'expertise médicale réalisée au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale. Bien qu'ils soient cités dans ce chapitre, ils s'appliquent à toutes les expertises médicales (judiciaires, Loi Badinter, Code des Pensions militaires, etc...).

b. Récusation de l'expert en application de l'article 234 du Nouveau Code de Procédure Civile

Les experts judiciaires peuvent être récusés pour les mêmes causes que les juges (Article 234 du Nouveau Code de procédure civile).

La récusation de l'expert peut-être demandée :

1. si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation,
2. si lui-même, son conjoint et parents sont alliés de l'une des parties ou de son conjoint jusqu'au quatrième degré inclusivement,
3. si lui-même ou son conjoint est créancier, débiteur, héritier présomptif ou donataire de l'une des parties,
4. s'il y eu ou s'il y a procès entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
5. s'il a précédemment connu de l'affaire comme expert ou comme arbitre, ou s'il a conseillé l'une des parties.

Ce cas de figure survient en particulier lorsque la question de fond posée au médecin-expert est toujours identique, s'agissant par exemple de déterminer s'il y a rechute et s'il est nécessaire de poursuivre des soins imputables à l'accident du travail du ... Il appartient à toute juridiction de faire respecter le principe de la contradiction et les droits de la défense (article 16 du Nouveau Code de Procédure Civile). Donc, même si le patient n'a pas usé de son droit de récusation, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si la première a été effectuée par le même expert pour le même motif. Un tribunal ne peut fonder une décision sur une expertise, dès lors que l'expert a précédemment connu du dossier et a été amené à le traiter à la requête de l'une des parties au litige, et ce quand bien même son rapport est très détaillé et circonstancié (Loiacono contre CPAM de Sarreguemines, jugement du TASS de la Moselle, du 4.12.2002).

6. si lui-même ou son conjoint est chargé d'administrer les biens de l'une des parties,
7. s'il existe un lien de subordination entre lui et son conjoint et l'une des parties ou son conjoint,
8. s'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'expert et l'une des parties.

La demande de récusation de l'expert peut-être présentée avant le début des opérations ou dès la révélation de la cause de la récusation :

- ✓ directement à l'expert lorsque le patient a reçu son avis de convocation
- ✓ à la juridiction qui l'a commis,
- ✓ ou au juge chargé du contrôle de l'expertise.

4. Mission de l'Expert

La mission est inscrite dans un protocole comportant l'avis du Médecin Traitant désigné et du Médecin Conseil. Ce protocole comporte l'énoncé précis des questions posées.

Le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie adresse au médecin traitant ce protocole d'expertise comportant le résumé du litige, l'avis du médecin conseil et les questions qui seront posées à l'expert.

Le médecin traitant du patient mentionne sur le protocole d'expertise son avis et celui du patient, il l'adresse ensuite au médecin conseil. Le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie adresse obligatoirement le protocole d'expertise à l'expert désigné constitué des pièces suivantes :

- ✓ l'avis du patient
- ✓ l'avis du médecin traitant
- ✓ l'avis du médecin conseil
- ✓ les questions qui lui sont soumises
- ✓ le courrier de contestation du patient ou le certificat de prolongation du médecin traitant.
- ✓ Toutes les pièces que le médecin conseil jugera utile comme des comptes rendus de consultations, d'hospitalisation, des résultats d'examens complémentaires.
- ✓ Des certificats et déclaration d'accident du travail ou de maladies professionnelles...

5. Déroulement de l'expertise

Il est codifié par les articles R.141-2, R.141-4 alinéas 2, 3, 6, R.141-5 du Code de la Sécurité Sociale.

L'examen de la victime doit avoir lieu dans les cinq jours suivant réception du protocole après information du patient ainsi que de Médecin Traitant et du Médecin Conseil qui peuvent assister à l'expertise.

L'expert convoque le patient, son médecin traitant et le médecin conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans les cinq jours suivant la réception de sa mission.

Des examens complémentaires ne peuvent être pratiqués qu'avec l'accord du patient et du Médecin

Conseil. Immédiatement après l'examen, des conclusions motivées en double exemplaires seront établies par l'expert (dans un délai maximal de 48 heures).

Ces conclusions motivées sont des réponses succinctes mais précises aux questions posées. Elles sont adressées dans tous les cas au contrôle médical mais également au Médecin Traitant et à la victime en accident du travail ou en maladie professionnelle.

L'Expert dispose ensuite d'un délai d'un mois à compter du jour de réception du protocole pour déposer son rapport qui doit comprendre le rappel du protocole, l'exposé des constatations faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis, les conclusions motivées.

La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport de l'expert, soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Les honoraires dus au médecin expert à l'occasion des examens prévus à l'article R. 141-1 ainsi que ses frais de déplacement sont réglés (Article R.141-7 du Code de la sécurité sociale inséré par le Décret n°88-678 du 6 mai 1988 article 4 du Journal Officiel du 8 mai 1998) d'après le tarif fixé par un arrêté interministériel

riel du ministre du travail, du ministre de la santé publique et du ministre des finances du 6 - 6 - 1963 paru au Journal Officiel du 22 - 6 - 1963 p 5525 à 5526.

Les honoraires de l'expert varient suivant la "qualité" de l'expert et suivant le lieu où l'expertise est effectuée (il s'agit, bien entendu, de tarif "conventionnel" (cf tableau ci-dessous).

Les frais d'expertise sont à la charge de la Caisse.

Toutefois, celle-ci peut demander à la juridiction de mettre à la charge du malade ou de la victime tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive.

6. Décision administrative de la Caisse

La notification de la décision doit être faite au patient dans un délai de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées de l'expert.

La décision de la caisse s'applique alors immédiatement malgré une éventuelle contestation du patient.

Qualité	Lieu	
	Au cabinet	Au lit du malade
Omnipraticiens	C x 3,5 (C est le tarif de la consultation du médecin généraliste)	V (V est le tarif de la visite du médecin généraliste) x 3,5
Spécialistes	Cs (Cs est le tarif de la consultation du médecin spécialiste) x 2 (mais non inférieur à C x 3,5)	Vs (Vs est le tarif de la visite du médecin spécialiste) x 2 (mais non inférieur à V x 3,5)
Neuro-psychiatres	CNPSY (CNPSY est le tarif de la consultation du Neuro-psychiatre) x 2	VNPSY (VNPSY est le tarif de la visite du Neuro-psychiatre) x 2
Professeurs Médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux des villes sièges de facultés	C x 6	V x 6
En cas de carence de la part du malade, l'expert a droit à des honoraires fondés sur 1 x C de sa catégorie		
Les honoraires correspondant à certains actes ou examens complémentaires peuvent être cotés en supplément (E. C. G. etc.) le cas échéant, avec l'accord de la Caisse (I. S. D. ou I. T. D. comprises). Il peut y être ajouté selon les cas de l'indemnité kilométrique		

7. Portée de l'avis de l'Expert

L'avis de l'Expert s'impose à l'intéressé comme à la Caisse sous réserve des règles de procédure. L'avis doit être clair, précis et dénué de toute ambiguïté.

C. Le rôle du Médecin Traitant dans l'expertise

1. Avant l'expertise

Le Médecin Traitant pourra rédiger des certificats médicaux descriptifs permettant d'explicitier l'histoire clinique du patient et d'appuyer ses demandes légitimes.

Il y précisera également les soins reçus permettant de faire l'enchaînement entre le traumatisme et les lésions et de montrer la continuité des soins qui existe depuis l'accident.

2. Pendant l'expertise

Le Médecin Traitant peut assister à l'expertise et il est même fortement conseillé au patient de se faire accompagner de son Médecin Traitant car dans les litiges d'ordre médical l'argumentation formulée par un Médecin est primordiale.

De ce fait le Médecin Traitant pourra vérifier que les questions de l'Expert correspondent bien au litige et sont bien adaptées aux facultés du blessé. Il favorisera, d'autre part, la bonne compréhension par l'Expert des doléances du sujet et s'assurera que ses doléances sont insérées dans le rapport d'expertise. Il pourra réfuter les constatations irrégulières faites pendant l'expertise.

Le Médecin pourra exposer les faits qui doivent être relatés par le patient lorsqu'ils sont difficiles à exprimer par le patient lui-même, par exemple quand ils sont d'une nature très technique.

3. Après l'expertise

Le Médecin Traitant vérifiera la valeur intrinsèque du rapport en particulier sa clarté, l'absence de contradiction médicale sur le fond, le régularité de la procédure.

Il pourra conseiller une contestation si les constatations sont ambiguës, contradictoires, si les formalités substantielles à l'expertise ne sont pas respectées.

Dans le cas contraire il devra jouer le jeu de l'explication, de l'apaisement donnant ainsi à l'expertise « une valeur thérapeutique ».

D. Nullité de l'expertise

Elle peut survenir :

- chaque fois qu'un vice de forme apparaît (absence dans le protocole de l'avis du Médecin Conseil et du Médecin Traitant, absence d'information sur la date de l'expertise, droits de l'assuré non respectés...)
- chaque fois que peut être mise en évidence une anomalie au fond susceptible de révéler une ambiguïté, un manque de précision ou de clarté, ou a fortiori une contradiction, le Juge pourra déclarer cette expertise nulle et recouvrer un total pouvoir d'appréciation en fonction duquel il statuera s'il estime disposer d'éléments suffisants ou bien il ordonnera une nouvelle expertise (au titre de l'article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale).

Mais cette fois ci ce sera le Juge lui-même qui fixera la mission de l'Expert, qui désignera ce dernier et qui sera destinataire du rapport d'expertise.

Pour demander la nullité d'une expertise, et en tirer les conséquences, voir le chapitre suivant : E. Contestation de l'expertise.

E. Contestation de l'expertise

L'expertise dite de sécurité sociale L141-1 s'impose aux parties c'est-à-dire qu'elle ne peut être contestée par l'une ou l'autre des parties. Cette expertise de sécurité sociale, est, soit mise en jeu dans une procédure contentieuse entre l'assuré social et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit demandée par le tribunal des affaires de sécurité sociale. Les conséquences pratiques sont que les juges du tribunal des affaires de sécurité sociale sont tenus par cette expertise de sécurité sociale et doivent s'y plier. Par contre, dans le cadre du contentieux général quand un assuré social conteste une expertise de sécurité sociale devant le TASS et apporte des arguments médicaux, le juge peut demander une nouvelle expertise de sécurité sociale mais qui s'imposera au juge.

Il est à noter que lorsqu'il s'agit du contentieux concernant une personne décédée, l'expertise de sécu-

rité sociale devient judiciaire et alors ne s'impose pas au juge.

A titre d'exemple, citons le cas d'un patient décédé d'un cancer du poumon considéré comme maladie professionnelle. Il a été consolidé par la Caisse Primaire deux mois avant le décès, le taux étant de 100%. Le patient était retraité, il ne touchait donc pas d'indemnité journalière au titre des maladies professionnelles. La consolidation ayant été contestée, une expertise de sécurité sociale diligentée a décidé que la consolidation était fixée à 5 mois avant le décès. Le tribunal des affaires de sécurité sociale en a décidé autrement et a fixé la consolidation à 15 mois avant le décès. Cela entraîne des conséquences pratiques importantes car la famille de l'assuré a pu toucher une rente de 100%, pour les 15 mois avant le décès au lieu de seulement 2 mois avant le décès.

La décision de l'expert peut être contestée devant la Commission de recours amiable. Mais la Commission de recours amiable ne peut pas annuler une expertise par exemple pour non respect des formes. Le travail de la Commission de recours amiable se limitera au point de savoir si la Caisse a fait une juste appréciation de l'avis de l'Expert puis ensuite la contestation pourra se poursuivre devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale. Ce sont donc les juridictions du contentieux général qui auront en charge de trancher la question.

Du point de vue judiciaire le rapport d'expertise ne constitue plus qu'un simple élément de preuve et l'une des parties doit logiquement pouvoir demander au Tribunal d'ordonner une nouvelle expertise. A ce titre, l'article R. 142 – 22 du Code de la Sécurité Sociale signale que le Juge peut désormais, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise : « le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale peut recueillir tous éléments d'information utiles auprès du Directeur Régional des affaires sanitaires et sociales et du Chef de Service Régional de l'inspection du travail de l'emploi et de la politique sociale agricole (...). Il peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation ». Il peut également ordonner une expertise qui, pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou en cas de contestation portant sur l'avis technique relevant de l'Article L. 141 – 1 du Code de la Sécurité Sociale.

Pour conduire le Juge à décider une nouvelle expertise, le patient devra donc apporter la preuve de la nul-

lité de l'expertise antérieure, ce qui est en général assez difficile car assez délicat à démontrer (cf chapitre précédent D. Nullité de l'expertise) ou apporter un sérieux doute sur les conclusions de cette expertise, ce qui est par contre moins délicat.

Pour ce faire, il pourra s'aider d'un certificat médical où un médecin, en général son médecin traitant, soutiendra la position de son patient. Ce certificat médical ne devra pas se contenter d'affirmer la véracité de la contestation de la victime mais encore la démontrer par une argumentation médicale. En effet, une simple assertion médicale non argumentée en faveur des thèses du patient ou un certificat médical au contraire trop vague, sans conclusion claire en faveur de la victime, ne suffiront pas à emporter la décision du Juge et donc à conduire à une nouvelle expertise.

A l'inverse, on rappellera que le Code de déontologie médicale oblige par son article 56 les médecins à entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. A ce titre, le médecin ne devra pas par exemple, écrire dans son certificat médical que l'expertise médicale rédigée par son confrère était fausse, ou nulle. Dans le cas inverse, il s'expose à des poursuites disciplinaires. Il devra donc se borner à affirmer son point de vue en faveur des thèses de son patient, à les argumenter médicalement sans mettre en cause l'attitude de ses confrères et en particulier de l'expert.

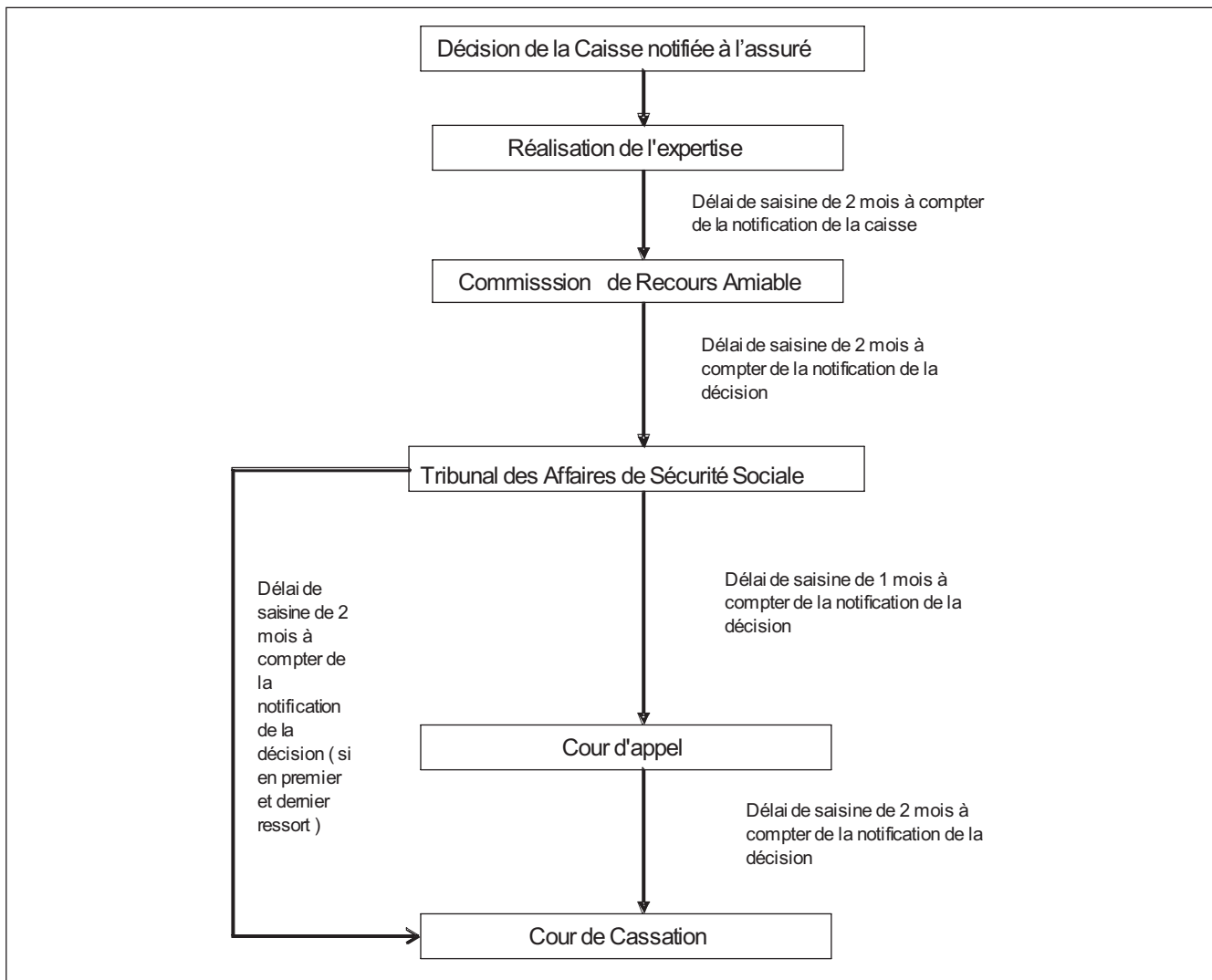
Lorsqu'une nouvelle expertise est ordonnée par le Juge, elle est soumise aux règles définies aux articles R. 141 – 1 à R. 141 – 10 du Code de la Sécurité Sociale. Désigné parmi les experts figurant sur la liste prévue à l'Article R. 141 – 1, l'expert doit examiner l'intéressé dans les cinq jours suivant la notification de la décision le nommant.

Le rapport doit être transmis dans un délai d'un mois au secrétaire du Tribunal qui a 48 heures pour adresser une copie à la caisse et à la victime de l'accident du travail ou du médecin traitant du malade.

F. Les responsabilités de l'expert

L'Expert médical en tant que docteur en médecine est astreint à respecter le Code de Déontologie Médicale, et en particulier les articles suivants.

Comme le signale l'Article 1^{er}, les infractions à ces dispositions (du présent Code de Déontologie Médicale) relèvent de la Juridiction disciplinaire de l'Ordre.



Les différentes étapes du contentieux d'une expertise médicale demandée par une victime d'un accident du travail

Article 2

Le Médecin au service de l'individu et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 105

Nul ne peut être à la fois Médecin Expert et Médecin Traitant d'un même malade.

Un Médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un

de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106

Lorsqu'il est investi d'une mission, l'Expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées lui sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code.

Article 107

Le Médecin Expert doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer la personne qu'il doit

examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

Article 108

Dans la rédaction de son rapport le Médecin Expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise. Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.

III. LE CONTENTIEUX TECHNIQUE

Le contentieux technique institué par l'Article L. 143 – 1 du Code de la Sécurité Sociale correspond à l'appréciation médicale de l'état ou du degré d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle, l'appréciation médicale de l'état du degré d'invalidité en cas de maladie ou d'accident de droit commun, l'appréciation médicale de l'incapacité au travail des assurés âgés de plus de 60 ans et de moins de 65 ans.

Le contentieux technique est traité dans les articles « La mise en invalidité par la Sécurité sociale et son contentieux », « L'indemnisation des victimes d'un accident du travail ».

BIBLIOGRAPHIE

- DANG-VU V. – L'indemnisation du préjudice corporel, Paris Editions Lharmattan, troisième édition, 2010.
- KATZ A. – Lamy Protection Sociale. Paris : Editions Lamy S.A., 2009.
- PIERCHON M. – Guide du contentieux de la Sécurité Sociale. Paris, Editions Cedat, 3^e édition, 2001.
- PIERCHON M. – Le contentieux technique de la Sécurité Sociale, manuel à l'usage des assesseurs. Numéro spécial de la revue La Commission, juin 2004.
- PIERCHON M. – Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, guide pratique d'audience, avec préface de Thomas Kemp, numéro spécial de la revue La Commission, mai 2005. Mise à jour de juin 2006 de la revue La Commission.
- PIERCHON M. – Les contentieux de la Sécurité Sociale. Montpellier. Editions Resoc, 2006.
- PIERCHON M. et DORANT A. – le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale en pratique, Semaine sociale Lamy, Supplément n° 1021, 26 mars 2001.
- ROUAUD J.P. – Le contentieux de la Sécurité Sociale en matière de maladie, d'invalidité et d'incapacité ou de pathologie professionnelle. Revue du Rhumatisme 1998; 65 (11 bis) : 300S - 302S.
- TAQUET F. – Le contentieux de la Sécurité Sociale. Paris : Editions Litec, 1993.

L'inaptitude médicale au travail

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'inaptitude médicale au travail prend une place de plus en plus importante du fait des avantages procurés en matière de retraite : obtention du taux plein de 50% dès 60 ans, bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Le contentieux est géré par le contentieux technique de la Sécurité Sociale.

Mots-clés : Inaptitude au travail, minimum vieillesse, taux plein de la retraite, allocation de solidarité aux personnes âgées.

SUMMARY

Medical inability to work

Medical inability to work occupies an increasingly significant place because of the benefits obtained in relation to retirement: obtaining a full 50% rate at the age of 60, benefitting from the solidarity allowance for the elderly.

Litigation is managed by the technical litigation department of Social Security.

Key-words: *Inability to work, minimum income for the elderly, full rate retirement pension, solidarity allowance for the elderly.*

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

CAS DES SALARIÉS

1. Définitions

a. L'inaptitude au travail

Nous avons vu qu'une demande de pension d'invalidité ne peut être satisfaite que si la demande a été effectuée avant l'âge de 60 ans. A partir de 60 ans, on ne peut donc postuler pour une invalidité mais par contre on peut demander une inaptitude au travail.

La définition de l'inaptitude au travail est l'impossibilité pour le patient de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, lorsqu'il se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée dont le taux est fixé à 50 % (articles L.351-7 et R. 351-21 du Code de la Sécurité Sociale).

L'assuré est reconnu médicalement inapte au travail s'il n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qu'il se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % médicalement constatée compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle. Toutefois, lorsque l'assuré a cessé son travail depuis plus de 5 ans (ou qu'il n'a jamais travaillé), seule l'incapacité de travail supérieure à 50 % est exigée (articles L.351-7 et R. 351-21 du Code de la Sécurité Sociale).

b. Le minimum vieillesse

Le minimum vieillesse a pour objet d'assurer un revenu minimum à toute personne âgée, qu'elle perçoive une retraite (par hypothèse faible) ou une allocation non contributive (c'est à dire allouée sans condition de cotisation).

Toute personne âgée de 65 ans, ou à partir de 60 ans si elle est reconnue inapte au travail, peut prétendre au minimum vieillesse.

Celui-ci est obtenu par l'addition de deux éléments, une allocation de base et une allocation supplémentaire.

Ce minimum vieillesse est versé par la Caisse de retraite du demandeur. Ce minimum vieillesse assure

à toute personne âgée un revenu mensuel qui est pour le 01.01.2008 de 628 € 11 et pour un couple un revenu mensuel qui est pour le 01.01.2008 de 1.126 € 77. Il est revalorisé tous les ans au 1^{er} janvier.

aa. L'allocation de base

L'allocation dite de base comprend en fait deux éléments, premièrement une retraite de base, par hypothèse, faible, versée par le régime d'assurance vieillesse éventuellement assortie de la majoration pour enfants et / ou conjoint à charge ou d'un avantage non contributif (appelé encore allocation dite non contributive qui se définit comme une allocation versée sans qu'il soit nécessaire d'avoir cotisé pour en bénéficier) et un éventuel complément de retraite qui est destiné à porter la retraite de base ou avantage de base à un niveau minimum, celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

a. Premier élément : retraite de base faible ou un avantage non contributif

Les allocations dites non contributives sont allouées à l'âge de 65 ans au à partir de 60 ans en cas d'inaptitude au travail.

L'appréciation des ressources tient compte de l'allocation elle-même.

Ces allocations au nombre de 9 dites non contributives comprennent :

- ✓ l'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS)
- ✓ l'allocation aux vieux travailleurs non salariés (AVTNS)
- ✓ l'allocation de vieillesse agricole
- ✓ le secours viager
- ✓ l'allocation simple à domicile aux personnes âgées
- ✓ l'allocation supplémentaire prévue par l'article L.815 – 2 du Code de la Sécurité Sociale
- ✓ la majoration prévue par l'article L.814 – 2 du Code de la Sécurité Sociale
- ✓ l'allocation aux mères de famille

Cette allocation aux mères de famille est versée aux femmes quelle que soit leur situation matrimoniale

(mariées, séparées, divorcées...) qui souscrivent aux conditions suivantes :

- ✓ résider en France ou dans un DOM
- ✓ avoir élevé au moins cinq enfants pendant neuf ans (à leur charge ou à celle de leur conjoint)
- ✓ ne bénéficier d'aucun avantage vieillesse (retraite...).

Le montant de cette allocation est au 01.01.2008 de 258 € 11 par mois auxquels s'ajoutent 10 % de bonification pour enfants.. L'allocation aux mères de famille n'est pas cumulable avec la majoration pour conjoint à charge. - L'allocation spéciale de vieillesse L'allocation spéciale de vieillesse est accordée aux personnes qui ne bénéficient d'aucun avantage personnel ou de réversion d'un régime de base obligatoire. Elle n'est pas attribuée si le conjoint retraité bénéficie d'une majoration pour conjoint à charge. Cette allocation est payée par un fonds géré par la Caisse des dépôts et consignations.

β. Deuxième élément : le complément de retraite

Le complément de retraite permet au retraité, si sa retraite est modérée, et s'il bénéficie de peu de revenus, à partir de 65 ans ou à partir de 60 ans en cas d'incapacité au travail, ou s'il est ancien combattant, ou si la retraitée est ancienne ouvrière mère de 3 enfants, de bénéficier d'un complément de retraite afin de porter sa retraite au minimum du montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (A.V.T.S.) c'est-à-dire 258 € 11 par mois pour le 01.01.2008. Ce complément de retraite concerne aussi les retraites par réversion.

Ce montant inclut les majorations pour enfants (10 % de bonification accordée si le bénéficiaire de l'A.V.T.S. a élevé au moins trois enfants à sa charge) ou conjoint à charge (50 € 82 par mois).

Ce complément de retraite est donc égal à la différence entre 258.11 € par mois le 1^{er} janvier 2008 moins le montant de la retraite de base, majoration pour enfants et pour conjoint à charge incluses. Par exemple, si on perçoit une retraite de base d'un montant de 195 € par mois, le montant du complément de retraite est de 258.11 € par mois moins 195 € égal 63.11 €.

Aucune condition de nationalité ou de résidence est exigée. Ce complément de retraite n'est pas attribué de façon automatique, le retraité doit donc en faire la

demande au point d'accueil retraite ou en écrivant à la Caisse qui lui verse la pension.

Le plafond de ressources est celui de l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse.

bb. L'allocation supplémentaire prévue par l'article L.815 – 2 du Code de la Sécurité Sociale : l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse

L'allocation supplémentaire du Fond de solidarité vieillesse (ex FNS) n'est jamais versée seule, elle complète l'allocation de base décrite ci-dessus afin de porter les ressources de l'intéressé à un montant minimum appelé " minimum vieillesse ". Elle est versée en supplément soit d'une retraite (personnelle ou de réversion), soit d'une allocation non contributive (allocation aux mères de famille, allocation spéciale de vieillesse).

Tout retraité bénéficie du minimum vieillesse c'est à dire des allocations dites non contributives, du complément de retraite, de l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse. Le retraité ne doit pas dépasser un certain plafond de ressources pour bénéficier du minimum vieillesse (complément de retraite et allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse).

Les ressources calculées seront celles des 3 mois civils précédant la date d'effet et de l'allocation ou si cela est plus favorable au retraité, les douze mois civils précédents. Il s'agit des ressources que possèdent le retraité et son conjoint en France et hors de France (articles R. 815-25 à R. 815-32 du Code de la Sécurité Sociale).

Les ressources prises en compte sont :

- ✓ l'allocation supplémentaire elle-même
- ✓ le montant brut des retraites, d'une pension d'invalidité, des prestations d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale
- ✓ les pensions alimentaires versées en exécution d'une décision de justice
- ✓ les salaires bruts soumis à cotisation, les avantages en nature (nourriture, logement) évalués normalement forfaitairement, les revenus non salariaux appréciés pour leur montant net, les revenus des terres exploitées

- ✓ les biens mobiliers et immobiliers. Ces biens sont considérés comme attribuant un revenu annuel fictif égal à 3 % de leur valeur vénale au moment de la demande d'allocation.
- ✓ les donations de biens mobiliers ou immobiliers faites aux descendants du retraité depuis moins de 5 ans à la date du dépôt de la demande sont censées procurer un revenu égal à 3 % de leur valeur vénale (1, 5 % si la donation est intervenue depuis plus de 5 ans et moins de 10 ans).
- ✓ les donations faites à d'autres personnes dans les 10 ans précédents sont prises en compte sur la base d'une rente viagère calculée sur la valeur de ces biens à la date de la demande, soit environ 12 % de cette valeur (article R. 815-28 du Code de la Sécurité Sociale).

Les ressources à exclure sont :

- ✓ la valeur de l'habitation principale, celle des bâtiments de l'exploitation agricole
- ✓ les prestations familiales, l'allocation de logement social, l'aide personnalisée au logement,
- ✓ les allocations d'aide sociale, les secours bénévoles ou précaires versés par une collectivité ou une personne non tenue à l'obligation alimentaire
- ✓ l'aide des personnes tenues à l'obligation alimentaire (les enfants, petits-enfants...)
- ✓ la majoration pour tierce personne, l'allocation compensatrice octroyée aux personnes infirmes
- ✓ le revenu minimum d'insertion (RMI)
- ✓ la retraite du combattant
- ✓ les pensions attachées aux distinctions honorifiques (Légion d'Honneur, médaille militaire)
- ✓ les indemnités de fonction perçues par les maires
- ✓ les prestations en nature de l'aide sociale, de l'assurance maladie ou maternité
- ✓ l'indemnité de soins aux tuberculeux
- ✓ les pensions d'orphelin
- ✓ l'allocation aux adultes handicapés si son titulaire vit seul ou si les deux conjoints la perçoivent.

Le montant global des ressources prises en compte ne doit pas dépasser, allocation supplémentaire elle-même comprise, au 1^{er} janvier 2007, 7.635 € 53 par

an, soit 636 € 29 par mois pour une personne seule et 13.374 € 16 pour un couple marié, soit 1.114 € 51 par mois.

Le montant de l'allocation supplémentaire est réduit si, ajouté aux autres revenus de la personne (ou du ménage), le plafond de ressources autorisé est dépassé.

Le 1^{er} janvier 2008, cette allocation supplémentaire atteint un taux maximum de 370 € par mois pour une personne seule, 610 € 55 pour un ménage et permet, ajoutée à la retraite, d'atteindre le minimum vieillesse qui est de 628 € 11 pour une personne seule et 1.126 € 77 pour un couple au 1^{er} janvier 2008.

Le montant de l'allocation supplémentaire du fond de solidarité vieillesse est récupérable sur la succession, qui excède 39.000 €. Pour garantir ce recouvrement, l'administration peut prendre une hypothèque sur les biens du bénéficiaire.

L'allocation supplémentaire n'est pas attribuée automatiquement, il faut en faire la demande. Pour cela, adressez-vous à la caisse qui vous sert votre avantage de base (retraite, allocation spéciale de vieillesse...) ou en mairie.

Si le retraité quitte le territoire de la République (la Métropole, DOM), le paiement de cette allocation supplémentaire sera suspendu dès le mois du départ (article L.815.11 du Code de la Sécurité sociale). Cette allocation sera néanmoins de nouveau payée si le retraité revient vivre sur le territoire français.

2. Avantages

a. La liquidation de retraite au taux plein de 50 % même si le nombre de trimestres de cotisation est insuffisant

aa. Le calcul de la retraite de base

a. Les paramètres de calcul

a.1. La formule de calcul

Le montant de la retraite de base dépend de trois éléments : les salaires perçus pendant la période d'activité (S), la durée d'activité totale, salariée et non salariée servant à calculer le taux de liquidation de la retraite (T) et la durée pendant laquelle on a relevé du régime général des salariés (D) rapportée à la durée d'assurance considérée comme « normale » que l'on appelle durée de référence (M).

La formule de calcul de la pension de la retraite de base est la suivante :

Salaire annuel moyen (S) x taux de retraite (T) x (durée d'assurance D / durée de référence M) ou $S \times T \times (D/M)$.

S est le salaire annuel moyen perçu durant les 17 à 25 meilleures années de sa carrière, selon son année de naissance (voir tableau ci-dessous).

Le salaire annuel moyen correspond à la moyenne des salaires perçus au cours des meilleures années de sa carrière, autrement dit les salaires annuels les plus élevés, peu importe que ces années se suivent ou non.

T est le taux de liquidation de la retraite : T est de 50% à taux plein ; T est de 50% - (50% X décote) en cas de décote pour trimestres manquants, où la décote est égale à un pourcentage fixé dans le tableau ci-dessous que multiplie le nombre de trimestres manquants.

D est la durée d'assurance, tous régimes de retraite de base confondus, c'est-à-dire la durée de cotisation.

M est la durée de référence dans le régime général, c'est-à-dire la durée d'assurance exigée pour une retraite non proratisée.

Il est à noter que, après 65 ans, même si le taux de liquidation de la retraite reste un taux plein de 50%, si l'assuré n'a pas atteint la durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée, la pension sera réduite à concurrence du nombre de trimestres manquants.

α.2. Le salaire annuel moyen

A partir du moment où on liquide sa retraite à compter du 1er janvier 2008, le salaire annuel moyen sera calculé sur la base des 25 meilleures années quelque soit sa date de naissance.

Si la personne n'a eu qu'une courte activité salariée ne permettant pas de réunir le nombre d'années requises pour calculer son salaire annuel moyen, par exemple s'il on n'a été salarié que pendant 15 ans, on calculera son salaire annuel moyen sur ces 15 années à conditions qu'au titre de chacune de ces 15 années la personne ait eu au moins un trimestre validé. Les salaires pris en compte sont plafonnés à hauteur du plafond de la Sécurité sociale applicable au moment où ils ont été versés. S'il on a perçu des salaires supérieurs au plafond de la Sécurité sociale, la retraite sera calculée comme s'il n'avait pas dépassé le plafond. Les

rémunérations à prendre en compte pour calculer le salaire annuel moyen sont celles qui ont donné lieu au versement de cotisations au régime général. On ne tient donc pas compte des périodes dites assimilées pendant lesquelles on a perçu des revenus de remplacement : allocation chômage, allocation spéciale du FNE, de pré retraite progressive, indemnités journalières de maladie, d'accident de travail ou de maternité, pension d'invalidité et rente d'accident du travail.

α.3. Le taux de liquidation de la retraite

T est le taux de liquidation de la retraite : T est de 50% à taux plein ; T est de 50% - (50% X décote) en cas de décote pour trimestres manquants, où la décote est égale à un pourcentage fixé dans le tableau ci-dessous que multiplie le nombre de trimestres manquants.

A 65 ans, la personne a automatiquement droit au taux de liquidation plein de 50% quelque soit sa durée d'assurance. A partir de 65 ans, la durée d'assurance n'aura plus d'impact sur le calcul du taux de liquidation de la retraite, qui sera de 50%.

Si l'on prend sa retraite entre 60 ans et 65 ans, on ne peut bénéficier d'une retraite de base calculée au taux plein de 50%, que si l'on justifie d'une durée d'assurance minimale, ou durée de référence, c'est-à-dire d'un nombre de trimestres de travail requis, appréciée sur l'ensemble de sa carrière professionnelle, tous régimes de base confondus.

Le nombre de trimestres nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein sera apprécié à la date à laquelle la personne aura 60 ans.

La durée de référence est la durée nécessaire pour avoir une retraite complète dans le régime général à partir de 60 ans. Si la durée d'assurance dans le régime des salariés est inférieure à cette durée de référence, la retraite est proratisée.

Certaines catégories d'assurés bénéficient d'un taux plein de 50% dès 60 ans quelque soit leur durée de cotisation :

- ✓ en cas d'inaptitude au travail
- en cas de femme ayant effectué un travail manuel ouvrier sous certaines conditions
- s'il est ancien combattant titulaire de la carte de combattant ou ancien prisonnier de guerre sous certaines conditions.

α.4. la durée d'assurance

Cette durée minimale, ainsi que les autres paramètres de calcul de la retraite (décote en pour cents par trimestre manquants, durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée, nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen), dépend de l'année de naissance.

A la date de Février 2009, seules les personnes liquidant leur retraite avant 2013, c'est-à-dire qui ont en 2009 au moins 57 ans, sont informées de façon claire et précise.

A 60 ans, pour bénéficier d'une retraite avec un taux de liquidation plein de 50%, il faut avoir cotisé un minimum de trimestres requis qui est de 160 trimestres jusqu'en 2008.

Pour les retraites liquidées en 2008, la durée de référence est portée à 160 trimestres pour tous les assurés quelque soit leur date de naissance.

Pour les retraites liquidées à partir du 1^{er} janvier 2009 la durée de référence devrait augmentée d'un trimestre par an et devrait être ainsi portée à 161 trimestres pour les personnes nées en 1949, à 162 trimestres pour les personnes nées en 1950, à 163 trimestres pour les

personnes nées en 1951 et à 164 trimestres pour celles nées en 1952.

Tableau permettant de calculer en fonction de la date de naissance, la durée d'assurance tous régimes confondus pour avoir droit au taux plein avant 65 ans (D), la décote par trimestre manquant, la durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée (M), le nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen :

Si on part en retraite avant 65 ans, le taux servant au calcul de la retraite sera minoré si on n'a pas, tous régimes de base confondus, accompli une carrière complète de 160 trimestres jusqu'en 2008. Jusqu'au 31.12.08 le nombre de trimestres exigés pour bénéficier du taux plein reste fixé à 160, à partir du 1^{er} janvier 2009 il augmente d'un trimestre par an de manière à atteindre 164 trimestres en 2012.

Ainsi si la personne est née avant le 1^{er} janvier 1949, elle ne sera pas concernée par l'allongement de la durée d'assurance, elle devra uniquement justifier de 160 trimestres de cotisation pour bénéficier du taux plein quelque soit la date à laquelle elle partira en retraite. Si elle est née en 1949 elle devra justifier de 161 trimestres d'assurance pour bénéficier du taux plein, si elle est née en 1950, de 162 trimestres, etc...

Votre date de naissance	Avant 1944	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Après 1952
Durée d'assurance tous régimes confondus pour avoir droit au taux plein avant 65 ans (D)	(1)	(1)	160	160	160	160	161	162	163	164	(3)
Décote par trimestre manquant (en %)	(1)	(1)	2,25	2,125	2	1,875	1,75	1,625	1,5	1,375	1,25
Durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée (M)	150	152	154	156	158	160	161	162	163	164	Egale à la durée d'assurance pour bénéficier du taux plein
Nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire annuel moyen	17 à 20 (2)	21	22	23	24	25	25	25	25	25	25

(1) : La retraite est calculée automatiquement au taux plein de 50%, quelque soit la durée d'assurance

(2) : En fonction de la date de naissance

(3) : Les règles ne sont pas encore fixées

La durée d'assurance est appréciée tous régimes confondus. C'est-à-dire que l'on retire l'ensemble de la carrière professionnelle et pas uniquement la durée d'assurance dans le régime des salariés, c'est-à-dire les trimestres validés dans le régime général. On tient compte aussi des périodes d'assurance dans les autres régimes de retraite de base obligatoire : régime des non salariés, des régimes des salariés et des non salariés agricole, régimes spéciaux...

Lorsque la personne demande la liquidation de sa retraite entre 60 et 65 ans sans avoir le nombre de trimestres requis pour bénéficier du taux plein, la retraite est calculée à partir d'un taux de liquidation minoré. Ce taux minoré est calculé en appliquant un coefficient de minoration à chaque trimestre manquant. Le nombre de trimestres manquants se définit par soit le nombre de trimestres manquants pour avoir la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein (160 trimestres jusqu'en 2008), soit celui manquant pour atteindre 65 ans. La solution la plus favorable est retenue.

Le coefficient de minoration ou décote par trimestres manquants varie de 2.5% pour une date de naissance avant 1944 à 1.25% pour une date de naissance après 1952.

Prenons l'exemple d'une personne née en 1944 souhaitant prendre sa retraite en 2004 et à qui il manque dix trimestres pour atteindre les 160 trimestres requis. Le taux de décote est de 2.375%, le coefficient de minoration est de 10 trimestres \times 2.375% = 23.75%. Le taux de la retraite est de 50% - (50% \times 23.75%) = 50% - 11,875% = 38,125%.

Supposons que vous soyez né en 1947, et que vous souhaitez prendre votre retraite à 64 ans, en 2011.

Vous aurez cotisé, par exemple 156 régimes confondus (inférieurs aux 160 trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein), dont 150 dans le régime général (inférieurs au 158 requis).

Comme vous n'aurez pas la durée d'assurance requise, on vous appliquera une décote de 2%, par trimestre manquant, au nombre de 4. Votre décote sera donc de 8%, (4 \times 2%) le taux de votre retraite de : 5 [50 % - (50 % \times 8 %)] = 46 %.

Si votre salaire annuel moyen, calculé sur vos 24 meilleures années, est de 25.000 euros, votre retraite sera de : 25 000 \times 46% \times (150/158) = 10.917€.

Exemple de calcul de retraite :

Un salarié prend sa retraite avec 150 trimestres validés dans le régime général, une décote sur 10 trimestres est donc appliquée à sa retraite. On suppose que le salaire annuel moyen est de 10.000 €. Imaginons qu'il prenne sa retraite en 2004. S'il est né avant 1944, la décote est de 2.5% par trimestres manquants, le taux de retraite est alors égal à 50% - (50% \times 2.5% \times 10) = 50% - (50% \times 25%) = 37,5 %. La retraite s'élève donc à 10.000 \times 37.5% \times 150/150 = 3.750 €.

D est la durée d'assurance, tous régimes de retraite de base confondus, c'est-à-dire la durée de cotisation.

Chaque trimestre de cotisation écoulé après 65 ans, permet à l'assuré de bénéficier d'une majoration de 2,5 % de sa durée d'assurance totale.

α.5. La durée de référence dans le régime général

M est la durée de référence dans le régime général, c'est-à-dire la durée d'assurance exigée pour une retraite non proratisée.

Il est à noter que, après 65 ans, même si le taux de liquidation de la retraite reste un taux plein de 50%, si l'assuré n'a pas atteint la durée de référence dans le régime général pour toucher une retraite non proratisée, la pension sera réduite à concurrence du nombre de trimestres manquants.

Par exemple : si l'assuré est né en 1944 et n'a validé que 145 trimestres dans le régime général au lieu des 152 trimestres requis, la retraite sera amputée de 145 / 52 = 5%, l'assuré aura alors intérêt à différer de quelques trimestres la liquidation de sa pension.

En effet, 145/152 = 95,4%.

Chaque trimestre de cotisation écoulé après 65 ans, permet à l'assuré de bénéficier d'une majoration de 2,5 % de sa durée d'assurance totale.

Dans l'exemple ci-dessus, si l'assuré fait liquider sa retraite à 65 ans et demi au mieux de 65 ans avec donc 2 trimestres d'activité supplémentaire, ces 2 trimestres d'activité supplémentaires allongeront sa durée d'assurance de 2 \times 145 \times 2 = 7, soit 7 trimestres et l'assuré pourra alors percevoir sa retraite en entier.

α.6. La surcote

Si, avant 65 ans, on dispose du nombre de trimestres nécessaires pour pouvoir bénéficier d'une retraite à

taux plein, on n'est pas obligé pour autant de faire liquider sa retraite. La loi du 17.12.08 de financement pour la Sécurité sociale pour 2009, vise à encourager les assurés à poursuivre leur activité professionnelle au delà de 60 ans, ainsi elle augmente le taux de la surcote accordée à ceux qui prolongent leur activité alors qu'ils ont assez cotisé pour bénéficier d'une retraite à taux plein à 60 ans.

La loi du 17.12.08, permet même si l'on remplit déjà les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein, de continuer à travailler pour permettre d'améliorer le salaire annuel moyen, pris en compte pour le calcul de la retraite de base, si les salaires actuels sont parmi les plus élevés de sa carrière et de profiter d'une majoration de pension par le biais d'une surcote.

Cette surcote est accordée à ceux qui continuent à travailler après 60 ans, alors qu'ils réunissent le nombre de trimestres nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

Pour les trimestres accomplis à partir du 1^{er} Janvier 2009, le taux de cette surcote est porté à 1,25% par trimestre civil entier.

On aboutit ainsi à une retraite majorée de 5% pour une année travaillée en plus, de 10% pour 2 années travaillées en plus, et 15% pour 3 années travaillées en plus, et ainsi de suite, aucun plafond n'étant prévu.

Prenons à titre d'exemple, le cas d'un assuré né le 1^{er} Janvier 1950, ayant commencé à travailler en 1972, après une année de service militaire.

En 2010, il aurait acquis 162 trimestres et pourra prétendre à une retraite à taux plein à l'âge de 60 ans.

S'il ne cesse son activité professionnelle qu'en 2015, il pourra alors bénéficier d'une surcote, s'il part à la retraite en 2015, il aura acquis 180 trimestres.

Les 18 trimestres supplémentaires acquis, permettront à l'assuré de bénéficier d'une surcote de 1,25 % X 18 = 22,5% sur la retraite de base. Son salaire annuel moyen sur les 25 meilleures années étant de 31.630 euros, sa retraite sera alors de 31.630 euros X 50 % X 1,225 = 19.373 € brut par an après surcote, la surcote s'élevant à 3558 €.

Il est à noter, que en continuant à travailler, de cette façon, l'assuré acquiert des points supplémentaires dans les régime ARRCO et AGIRC, ce qui majore d'autant ses retraites complémentaires, même si aucun bonus supplémentaire de ces pensions n'est prévu sous forme de surcote.

Ainsi, calculée en 2010, la retraite ARRCO était égale à 5.220 points X 1,1648 € = 6.080 € brut par an.

En 2015, elle aurait été de 5.910 points X 1,1648 € = 6.884 € brut par an.

De même, la retraite AGIRC en 2010, aurait été estimée à 7.630 points X 0,4132 € = 3.153 € brut par an.

En 2015, cette retraite AGIRC, se serait élevée à 9.680 points X 0,4132 € = 4.000 € brut par an.

La retraite totale serait de 19.373 € + 6.884 € + 4.000 € = 30.257 €

a.7. Les majorations de la pension de retraite

La personne peut aussi bénéficier de majorations applicables au montant de la retraite, en particulier si elle a eu au moins trois enfants, si elle a un conjoint à charge ou si elle est dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Si la personne a eu ou a élevé trois enfants, sa pension est majorée de 10%.

La majoration pour conjoint à charge s'ajoute à sa retraite, à la demande de la personne, si son conjoint a 65 ans (ou s'il a 60 ans mais qu'il est inapte au travail) et s'il n'a pas ou très peu de ressources. Cette majoration pour conjoint à charge est de 609,80 euros par an. Cette majoration pour conjoint à charge est proratisée si le futur retraité ne dispose pas de 150 trimestres de durée d'assurance auprès du régime général.

Par exemple, si le futur retraité ne dispose que de 100 trimestres de durée d'assurance, cette majoration ne sera égale qu'à 100 / 150 soit 66,67% de 609,80 € le 01.01.08, soit 406,53 €.

Pour que cette majoration pour conjoint à charge soit versée, il faut que la somme des ressources personnelles du conjoint et de la majoration elle-même soit au plus égale à un plafond fixé à 7.223,45 € par an en 2004, soit 601,95 / mois.

Si les ressources personnelles du conjoint atteignent 6.613,65 € par an on ne pourra avoir droit à cette majoration. D'autre part, le conjoint ne doit pas bénéficier d'un avantage vieillesse ou invalidité, sauf s'il est infé-

rieur à la majoration (dans ce cas, un complément sera versé jusqu'à hauteur de la majoration).

Une majoration pour tierce personne est versée aux personnes titulaires d'une pension de vieillesse attribuée au titre de l'incapacité au travail ou d'une pension de retraite qui s'est substituée à une pension d'invalidité et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Il faut que la condition d'invalidité soit remplie avant le 65^e anniversaire. La majoration pour tierce personne doit faire l'objet d'une demande sur un imprimé spécifique fourni sur simple demande. La demande doit en principe être présentée avant le 65^e anniversaire. La majoration est accordée pour son montant intégral quelque soit la durée d'assurance accomplie par le bénéficiaire. Le montant mensuel est égal au 1^{er} janvier 2008 à 1010,82 €. Le versement de la majoration est suspendu en cas d'hospitalisation : elle est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le bénéficiaire a été hospitalisé puis suspendu au-delà de cette date. Le service de la majoration est rétabli lors de la sortie de l'hôpital. La majoration n'est pas soumise à la CSG et à la CRDS. Elle n'est pas imposable sur les revenus.

Pour bénéficier de cette majoration pour tierce personne, il faut que la condition d'invalidité soit remplie avant le 65^e anniversaire.

Le montant de la majoration pour tierce personne est de 11.350,44 € en 2004 soit 945,87 € par mois quelle que soit la durée d'assurance.

La majoration est accordée à la date de l'entrée en jouissance de la pension si on bénéficie des conditions d'attribution.

β. Le minimum contributif de retraite

Si la retraite est liquidée à un taux plein, on a le droit à un minimum appelé minimum contributif. Par contre pour les personnes faisant liquider leur retraite avec un taux minoré, il n'y a pas de retraite minimale. Ce montant minimal est fixé pour les retraites attribuées en 2004 à taux plein, à 558,86 € par mois.

Le montant de la pension de retraite après reconnaissance de l'incapacité au travail ne peut pas être inférieur au minimum contributif fixé selon les droits individuels à 579.85€ par mois ou 633.61 € par mois au 01.01.08.

Les personnes qui peuvent prétendre au minimum de retraite, dit contributif, sont celles qui ont cotisé pour une retraite et qui l'ont liquidée à son taux maximal, soit 50 %. Vous avez donc droit au minimum de retraite contributif si vous touchez une pension à taux plein, mais dont le montant est faible parce que vous avez cotisé sur des salaires modestes. Le minimum contributif est versé sans condition de ressources : son but est en effet de porter votre retraite (liquidée au taux plein) à un montant minimal de 533 € 51 par mois au 1 - 1 - 2003 (si vous avez cotisé 150 trimestres). Vous pouvez toutefois, vous même ou votre conjoint, disposer de revenus (même importants), tels des loyers, des revenus de placements...

Revalorisé tous les ans au 1^{er} janvier, le minimum contributif s'élève le 1 - 1 - 2003 à 533 € 51 par mois. Mais, attention, ce montant n'est versé que si l'assuré justifie de 150 trimestres dans le régime général. A défaut, le minimum contributif est calculé au prorata, c'est à dire diminué proportionnellement au nombre de trimestres manquants.

Exemple : une personne est inapte au travail et, à ce titre, obtient une retraite au taux de 50 % à 60 ans. Elle ne justifie que de 120 trimestres dans le régime général. Le minimum contributif auquel elle a droit le 1 - 1 - 1999 est de 2 627, 73 F par mois (3284,67 F x 120/150). Si cette personne n'a pas d'autre ressource, elle peut demander l'allocation supplémentaire (auparavant appelé Fonds national de solidarité, FNS) afin de bénéficier du minimum vieillesse, soit 3 540,41 F par mois le 1 - 1 - 1999.

Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir le minimum contributif. La caisse qui vous verse votre retraite compare automatiquement le montant de cette dernière et le minimum contributif : s'il s'avère que votre retraite est inférieure à 3 284,67 F le 1 - 1 - 1999, c'est cette somme qui vous sera versée (ou un montant calculé au prorata si vous avez cotisé moins de 150 trimestres).

Par ailleurs, au montant de ce minimum contributif, entier ou réduit, s'ajoutent, éventuellement, les majorations pour enfants, pour conjoint à charge et pour tierce personne.

La majoration pour conjoint à charge : les conditions sont identiques à celles décrites dans le chapitre de la retraite de base.

La majoration pour tierce personne s'élève à 930 € 05 par mois le 1 - 1 - 2003.

La majoration pour enfants s'élève à 10 % du minimum contributif.

bb. L'obtention du taux plein de 50 % dès 60 ans

Cette pénalisation du taux de retraite en fonction de l'âge de la demande de la retraite et du nombre de trimestres de cotisation disparaît donc en cas de reconnaissance de l'inaptitude au travail par la Sécurité Sociale.

La reconnaissance de l'inaptitude au travail par la Sécurité Sociale permet à l'assuré de bénéficier d'une retraite qui sera certes proportionnelle au temps de cotisation mais qui ne connaîtra pas l'abattement de 1,25 % par trimestre manquant ou de 5 % par année qui manque pour atteindre le nombre de trimestres optimum.

Ceci signifie l'importance du régime de l'inaptitude au travail pour ceux qui pour des raisons de santé veulent interrompre leur activité professionnelle entre 60 ans et 65 ans mais sans avoir validé le nombre de trimestres nécessaire pour avoir une retraite à taux plein. Pour bénéficier du taux plein de 50 % dès 60 ans, quelque soit le nombre de ses trimestres de cotisation, il faudra donc être reconnu inapte à son travail. L'assuré devra être atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % et être dans l'impossibilité d'exercer son emploi sans nuire gravement à sa santé.

b. L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

Le titulaire d'une inaptitude au travail à partir de l'âge de 60 ans peut solliciter le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Etre titulaire de l'inaptitude au travail permet de bénéficier du minimum vieillesse remplacé à partir du 1^{er} janvier 2.006 par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Le minimum vieillesse était atteint par le cumul de plusieurs prestations à l'âge de la retraite. En effet, le minimum vieillesse n'était pas une allocation unique mais le nom générique donné à un ensemble de prestations (allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation spéciale vieillesse, secours viager, allocation supplémentaire, allocation aux mères de familles d'au moins cinq enfants etc...).

Tout retraité à le droit à un minimum de ressources pour vivre. Dans le passé ce minimum était atteint par le cumul de plusieurs prestations. Désormais le dispositif a été simplifié et prend la forme d'une allocation unique et différentielle : l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (A.S.P.A.).

L'ASPA est une allocation unique, créée en remplacement de différentes prestations qui composaient le minimum vieillesse jusqu'au 31.12.05.

L'ASPA constitue un montant minimal de pension de vieillesse accordé sous conditions de ressources aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé au régime de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence minimal à l'âge de la retraite, auquel pouvait prétendre les personnes âgées ne disposant d'aucun droit ou de droits insuffisants.. Les sommes versées au titre de l'ASPA sont récupérables au décès de l'allocataire sur sa succession si l'actif net de la succession dépasse 39.000€. L'ASPA remplace les anciennes allocations du minimum vieillesse ci-dessous :

- ✓ L'allocation vieux travailleur salarié
- ✓ L'allocation vieux travailleur non salarié
- ✓ L'allocation mère de famille
- ✓ L'allocation spéciale de vieillesse
- ✓ L'allocation supplémentaire de vieillesse
- ✓ L'allocation de vieillesse agricole
- ✓ Le secours viager
- ✓ La majoration versée pour porter le montant d'une pension de vieillesse au niveau de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.
- ✓ L'allocation viagère aux rapatriés âgés.

L'ASPA vient donc souvent s'ajouter à une petite retraite de base ou de réversion.

Le demandeur doit avoir atteint l'âge de 65 ans ou bien 60 ans en cas d'inaptitude au travail.

L'inaptitude au travail n'est pas requise à 60 ans si la personne a déjà été reconnue inapte au travail par un régime d'assurance vieillesse ou si elle est titulaire :

- ✓ de l'allocation supplémentaire d'invalidité (A.S.I.)
- ✓ d'une pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail substituée à une pension d'invalidité
- ✓ d'une pension d'ancien combattant

- ✓ de l'allocation aux adultes handicapés
- ✓ de la carte d'invalidité reconnaissant une incapacité de travail permanente d'au moins 80%.
- ✓ d'une retraite anticipée de travailleur handicapé
- ✓ de l'aide sociale aux infirmes aveugles et grands infirmes
- ✓ de la carte d'invalidité pour un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.

L'ASPA est soumise à conditions de ressources. Les ressources du demandeur le cas échéant de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ne doivent pas dépasser un plafond qui varie selon que le foyer comprend une personne seule ou un ménage. L'examen porte sur les ressources des trois mois précédents la date d'effet de l'ASPA. Si le montant des ressources ainsi évalué dépasse le quart des plafonds annuels autorisés, une seconde évaluation est effectuée sur la période des 12 mois qui précèdent la date d'effet de l'ASPA. Les ressources prises en compte comprennent les avantages de vieillesse et d'invalidité dont bénéficie l'intéressé, de même que les revenus professionnels, les revenus des biens mobiliers et immobiliers et les biens dont il a fait donation dans les dix années qui précèdent la demande d'ASPA. L'évaluation des ressources d'un couple est effectuée de la même manière sans faire la distinction entre les biens propres ou les biens communs des conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS.

Certaines ressources ne sont pas prises en compte dans l'estimation des ressources, il s'agit notamment :

- ✓ de la valeur des locaux d'habitation occupés par le demandeur et les membres de sa famille vivant dans son foyer lorsqu'il s'agit de sa résidence principale
- ✓ des prestations familiales
- ✓ de l'allocation de logement sociale
- ✓ des majorations prévues par l'administration accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne
- ✓ de la retraite du combattant
- ✓ des pensions attachées aux distinctions honorifiques
- ✓ de l'aide apportée ou susceptible d'être apportée par les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Le plafond de ressource pour une personne seule c'est-à-dire appliqué aux personnes célibataires, séparées de corps, divorcées, veuves à l'exception des veuves de guerre, aux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS qui se déclare séparés de fait avec une résidence distincte est de 643.29 € par mois au 1^{er} janvier 2008. Ce plafond est donc à ne pas dépasser.

Le plafond pour une personne veuve de guerre c'est-à-dire appliqué au conjoint survivant non remarié de soldat, non soumis à l'impôt sur le revenu et âgé de 50 ans et plus, ou infirme ou atteint d'une maladie incurable ou entraînant une incapacité permanente de travail est égal au montant de la pension de veuve de soldat au taux spécial augmenté du montant de l'ASPA soit 16.662.46 € le 1^{er} janvier 2008.

Le plafond à ne pas dépasser pour un ménage, c'est-à-dire pour les personnes mariées, vivant en concubinage ou liées à un partenaire par un PACS est de 1126.77€ par mois le 1^{er} janvier 2008.

Le montant maximal de l'ASPA le 1^{er} janvier 2008 est de 628.10 € par mois pour une personne seule ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie, 1126.77 € par mois lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS en bénéficient.

Lorsque le montant maximal de l'ASPA additionné aux ressources du ou des demandeurs dépasse le plafond fixé pour ses conditions d'obtention, le montant de l'allocation est réduit à hauteur du dépassement.

A titre d'exemple, imaginons une personne vivant seule et percevant une retraite personnelle d'un montant mensuel de 202.94 € et ne disposant pas d'autres ressources. Si on ajoute sa retraite au montant maximal de l'ASPA, on obtient 831.04 € par mois égal à 202.94 € + 628.10 € au 1^{er} janvier 2008. Mais ce total dépasse de 197.75 € le plafond de ressources autorisé pour une personne seule. L'ASPA versée sera donc égale à 628.10 € - 197.75 € = 440.35 €. La personne disposera donc d'une somme mensuelle de 202.94 € + 440.35 € = 643.29 €

Si le demandeur vit en couple, (marié, en concubinage ou pacsé), son allocation ASPA « personne seule » est réduite à hauteur de la différence entre le montant des ressources du ménage additionné du montant maximal de l'ASPA « personne seule » et le plafond de ressource applicable à un couple.

Si le demandeur vit en couple et si son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS bénéficie déjà

de l'ASPA le calcul de l'ASPA différentielle s'établit de la façon suivante :

- ✓ les montants retenus pour le calcul de l'ASPA sont le montant de l'allocation « couple » et le plafond applicable à un couple ;
- ✓ en cas de dépassement du plafond de ressources le montant de la moitié de l'allocation « couple » versé à chacun des allocataires est réduit à hauteur de la moitié du dépassement du plafond.

L'ASPA n'est pas attribuée automatiquement. La demande est à adresser à la caisse du régime de retraite de base dont dépend l'assuré. La caisse envoie un formulaire au demandeur et ne prend en compte sa demande que si ce dernier le lui retourne complété.

La caisse de retraite notifie au demandeur sa décision d'attribution de rejet de l'ASPA.

La commission de recours amiable est compétente pour les contestations relatives à l'attribution, au refus d'attribution, à la suspension, à la révision, à la récupération sur succession de l'ASPA.

En cas de refus de la commission de recours amiable, un recours peut être porté devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision.

L'ASPA peut être récupérée en tout ou partie sur la succession de l'allocataire sur l'actif net successoral. Le montant d'actif net à partir duquel est procédé à la récupération sur la succession de l'allocataire est fixé à 39.000 €.

L'attribution de l'ASPA s'accompagne d'un certain nombre d'autres avantages : exonération de l'impôt sur le revenu, des impôts locaux (taxe foncière, taxe d'habitation), de la redevance audiovisuelle, gratuité des transports en commun dans la plupart des villes, accès à la CMU.

Les assurés qui percevaient jusqu'au 1^{er} janvier 2006 le minimum vieillesse peuvent continuer à en bénéficier selon les anciennes dispositions. L'octroi du minimum vieillesse est soumis à conditions de ressources : les ressources annuelles, allocations comprises doivent être inférieures à 7719.52€ pour une personne seule et 1352.27€ pour un ménage le 01.01.08.

c. Les avantages annexes

- ✓ La majoration tierce personne : l'inaptitude permet d'obtenir l'attribution ultérieure (voire dans

le même temps) de la tierce personne, si celle-ci a été constatée avant l'âge de 65 ans et s'il est médicalement démontré que l'assuré ne peut effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie et qu'il est dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne.

- ✓ Le cumul avec des indemnités journalières pendant 6 mois : un patient en arrêt de travail pour maladie de longue durée après 60 ans peut cumuler pendant 6 mois au maximum sa pension pour inaptitude et ses indemnités journalières.

De plus, le titulaire de moins de 65 ans de la pension d'inaptitude ne doit pas tirer d'un revenu professionnel plus d'un maximum fixé à 260 heures du SMIC par trimestre.

3. La procédure de demande

a. La demande déposée par l'assuré

En pratique, il n'est pas logique de demander à bénéficier de l'inaptitude sans avoir bénéficié auparavant d'un arrêt de maladie. En effet, la demande d'inaptitude sous entend l'impossibilité de travailler sans nuire à sa santé, ou une incapacité de travail d'au moins 50 %, ce qui logiquement entraîne un arrêt des activités professionnelles.

Il est donc fortement conseillé de faire l'objet d'un arrêt de maladie dans ses activités au titre de l'assurance maladie pendant un temps qui permettra de démontrer l'impossibilité de reprise de travail de façon définitive au médecin conseil.

Du point de vue formalités, l'assuré doit formuler une demande de retraite à sa caisse d'assurance vieillesse de la Sécurité Sociale pour inaptitude au travail.

Le demandeur doit remplir la première partie concernant la situation familiale et le déroulement de carrière.

Le médecin traitant donnera son avis sur l'inaptitude et son caractère définitif. Le médecin traitant devra remplir la colonne de gauche d'un document intitulé "Le rapport médical d'inaptitude au travail, pièce obligatoire", que l'assuré ou le médecin se procurera auprès de cette caisse d'assurance vieillesse, document sur laquelle sera établi un rapport médical.

Dans ce document, il y fera un historique bref de la maladie et décrira les conséquences qui en résultent ainsi que le pronostic.

Le document sera retourné à la caisse du dernier régime de retraite d'affiliation. Les conclusions du médecin conseil de la sécurité sociale seront transmises à la caisse pour décision. Il est possible d'effectuer une demande de retraite au titre de l'incapacité après avoir fait une première demande de retraite à titre normal. Dans ce cas, il convient de respecter une procédure particulière.

La demande est recevable si elle est déposée avant la notification de décision qui fait suite à la demande de retraite à titre normal. Lorsque la demande au titre de l'incapacité est faite après la notification de la décision d'une retraite à titre normal, elle doit être déposée auprès de la commission recours amiable de la caisse de retraite dans un délai de deux mois suivant la notification de la pension à titre normal. Passé ce délai, il n'est plus possible d'annuler la première décision d'attribution de pension à titre normal.

L'assuré sera alors convoqué au service médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Le médecin conseil de la Sécurité Sociale remplira la colonne de droite de ce même document. La pension si elle est définitive ne peut être supprimée.

b. L'attribution automatique de l'incapacité médicale au travail

- ✓ le sujet, en invalidité avant 60 ans, quelle que soit la catégorie, se voit attribuer la retraite par incapacité médicale à l'âge de 60 ans (sauf si celui-ci s'y oppose).
- ✓ le patient bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés bénéficie de la retraite pour incapacité.
- ✓ la mère de famille qui a élevé au moins 3 enfants et qui a validé 120 trimestres au total et qui, au cours des 15 années précédant la demande, a effectué 5 années de travaux pénibles, bénéficie de l'attribution de la retraite au taux de 50 % sans avis médical.

4. Le contentieux

L'assuré peut contester le refus de la Caisse dans les deux mois de la notification de la caisse auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité, devant lequel il sera convoqué ; un appel est encore possible en cas de maintien du refus devant la Cour nationale de l'in-

capacité. (Articles R.143.1 à R.143.24 du Code de la Sécurité Sociale).

B. L'incapacité au travail dans le régime d'assurance vieillesse des professions indépendantes

1. Le cas des professions libérales

L'appréciation de l'incapacité au travail ne s'applique pas aux professions libérales (Article L. 161 - 18 du Code de la Sécurité sociale).

Néanmoins une allocation de vieillesse peut, en application de l'Article L. 643 - 2 du Code de la Sécurité Sociale, être accordée au demandeur s'il a au moins 60 ans et moins de 65 ans, s'il est reconnu inapte à l'exercice d'une activité professionnelle et, dans le cas d'un conjoint, s'il est reconnu incapable d'exercer une activité quelconque et en particulier pour une femme de tenir son foyer.

L'incapacité d'un membre d'une profession libérale est reconnue sur l'avis d'une commission d'incapacité dans chaque section professionnelle.

L'incapacité au travail doit être considérée comme complète et définitive.

2. Le cas des artisans, industriels et commerçants

Les artisans, industriels et commerçants bénéficient au même titre que les salariés de l'appréciation de l'incapacité au travail (article 39 de la Loi n° 85.772 du 25.07.1985, décret du 22.07.1987, article L. 161 - 18 du Code de la Sécurité Sociale).

L'attribution de cette incapacité au travail suit donc la même réglementation que pour les salariés, en particulier en application de l'Article L. 315 - 7 du Code de la Sécurité Sociale.

Lorsque le conjoint participait de façon effective et constante à l'exploitation du fonds ou de l'entreprise de l'assuré alors qu'il n'exerçait pas une activité professionnelle justifiant son affiliation à un régime de Sécurité Sociale, en appréciera néanmoins l'incapacité par rapport à cette activité.

Pour les conjointes d'assurés ou des veuves qui n'ont jamais exercé d'activité ou qui ont cessé toute

activité depuis de nombreuses années, comme dans le régime général de Sécurité Sociale des salariés, l'inaptitude sera reconnue si ces conjointes ne peuvent pas tenir leur propre ménage.

L'état d'inaptitude doit ainsi être apprécié à un double point de vue :

- ✓ en fonction de l'emploi occupé par l'intéressé à la date de sa demande (impossibilité de poursuivre l'exercice de cet emploi sans danger pour la santé du travailleur),
- ✓ à l'égard d'une activité professionnelle quelconque (incapacité de travail de 50 % médicalement constatée, compte tenu des aptitudes physiques et mentales, à l'exercice d'une activité professionnelle).

Il s'agit là de deux conditions cumulatives.

Ce n'est que lorsque l'intéressé n'a exercé aucune activité professionnelle au cours des cinq dernières années antérieures à sa demande que l'inaptitude doit être appréciée exclusivement par référence à la seconde condition.

L'assuré demandant la reconnaissance de l'inaptitude au travail doit être âgé de plus de 60 ans et de

moins de 65 ans. L'octroi de l'inaptitude au travail permet à l'assuré et à son conjoint de bénéficier à taux plein de la pension vieillesse normale due à 65 ans.

Cette pension d'inaptitude peut-être assortie de la majoration tierce personne dans les mêmes conditions que dans l'octroi d'une pension d'invalidité.

L'assuré peut bénéficier d'une allocation du fond national de solidarité (FNS) si ses ressources sont inférieures à un minimum.

Le contentieux relatif à l'inaptitude relève, comme les demandes d'invalidité, du contentieux technique de la Sécurité Sociale c'est à dire du Tribunal du contentieux et de l'incapacité (TCI) et en appel de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNIT). ■

BIBLIOGRAPHIE

DANG-VU V. – *L'indemnisation du préjudice corporel*, Paris Editions Lharmattan, , troisième édition, 2010.

ROUAUD J.P. – L'inaptitude au travail. *Revue du Rhumatisme* (édition française) 1998; 65 (11 bis): 298S – 299S.

Colchicine : diagnostic et étude histopathologique de l'intoxication

G. SCHMIT¹, E. TOURE¹, Ph. HANTSON², F. BONBLED¹

1. PRÉSENTATION DES CAS

L'intoxication à la colchicine reste rare mais de pronostic sévère. Nous y avons été confrontés par deux fois ces dernières années. Dans le deuxième cas, le diagnostic ne fut suggéré que par l'histopathologie post-mortem.

Dans le premier cas, à l'occasion d'un geste suicidaire, une dame, âgée de 33 ans a ingéré un cocktail de médicaments constitué de 20mg de colchicine (soit 0,40 mg/kg), 8g d'Ibuprofen®, 1g de Voltaren®, 100mg d'Atorvastatine®, d'Ercefuryl® et de 400mg de Lasix®. Ces médicaments étaient prescrits à son conjoint de manière habituelle.

Le lendemain de la prise des médicaments, la patiente est admise en salle d'urgence pour des troubles digestifs. A ce moment, elle est consciente et hémodynamiquement stable. Trois jours plus tard, l'évolution est marquée par un choc hypotensif sur hypovolémie par pertes digestives et apparition d'un tableau de détresse respiratoire aiguë nécessitant une intubation et une ventilation mécanique.

Les analyses toxicologiques réalisées sur les prélèvements effectués trois jours après l'ingestion confirment la présence de colchicine dans le sang périphérique (<5ng/ml) et les urines (115ng/ml).

L'évolution clinique se fera ensuite rapidement avec, dès le 4^e jour post-ingestion, l'apparition d'une aci-

dose lactique, d'une insuffisance rénale aiguë, d'une thrombopénie, de trouble de la coagulation et d'une cytolysse. Une tomomodensitométrie montre alors de l'ascite en quantité importante et une entérocolite diffuse sans signe franc d'ischémie. Au niveau pulmonaire, un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) associé à des épanchements pleuraux bilatéraux nécessite la réalisation d'une ponction pleurale. Au 5^e jour post-ingestion, un syndrome fébrile se développe avec, dans son sillage, une aggravation de l'insuffisance rénale justifiant la mise en route d'une dialyse, et une pancytopenie ; l'hypoplaquettose et l'anémie en résultant se compliquent d'un hématome intra-pariétal duodénal et jéjunal.

Les jours qui suivent voient se développer une encéphalopathie métabolique ainsi qu'une hyper-ammoniémie et une hyper-triglycérémie aggravant encore l'encéphalopathie.

Enfin, 12 jours après l'ingestion, la patiente présente des crises d'épilepsie associées à un œdème cérébral diffus. En parallèle, le SDRA s'aggrave tout comme l'acidose respiratoire. Le décès survient dans un contexte d'hémorragie alvéolaire diffuse entraînant une hypoxémie et un arrêt cardiaque.

Le second cas que nous avons été amenés à rencontrer se déroule en milieu carcéral. Il s'agit d'un homme de 52 ans, avec antécédents d'hépatite B et d'hypertension artérielle. Il se plaint également de manière régulière de crises de goutte.

1. Service de Médecine Légale, Cliniques Universitaires St-Luc – UCL, Bruxelles.

2. Service de soins intensifs, Cliniques Universitaires St-Luc – UCL, Bruxelles.

Les doses de colchicine (délivrées quotidiennement) furent augmentées durant la détention suite à la survenue d'une nouvelle crise de goutte. Cinq jours plus tard, des symptômes digestifs apparaissent (nausées, vomissements, douleurs abdominales, et diarrhées profuses). Une réhydratation est mise en route par le médecin pénitencier, mais le lendemain, le détenu est retrouvé en état de choc dans sa cellule avec une cyanose périphérique et des troubles neurologiques. Il décèdera quelques minutes plus tard.

Dans les suites de l'enquête, on découvrira deux plaquettes et deux boîtes vides de colchicine 1mg dans la cellule. On apprendra plus tard qu'il avait confié à son co-détenu vouloir mettre fin à ses jours.

2. AUTOPSIE

i. examen externe

L'examen externe du corps du premier cas révèle des plaques d'alopécie en région frontale et occipitale. Par ailleurs, la peau est atrophique et ictérique. On observe en outre des décollements épidermiques et des lésions muqueuses ulcérées. Certains orteils apparaissent nécrosés tout comme une phalange distale d'un index. On note en outre des ecchymoses réparties sur l'ensemble du corps.

Lors de l'autopsie du détenu, l'examen externe, mis à part les stigmates de la prise en charge médicale, est sans grande particularité.

ii. examen interne

La dame présente un ictère généralisé des organes qui est d'emblée observé à l'ouverture du corps.



Figures 1 – 3 : respectivement alopécie, lésions muqueuses ulcérées et nécrose des extrémités

L'examen de la cavité abdominale révèle en outre un épanchement hémorragique ainsi qu'une coloration « aubergine » de la paroi digestive. À l'ouverture des anses intestinales, on observe un contenu rouge vif hémorragique. La muqueuse adopte quant à elle un aspect moucheté, « léopard ».

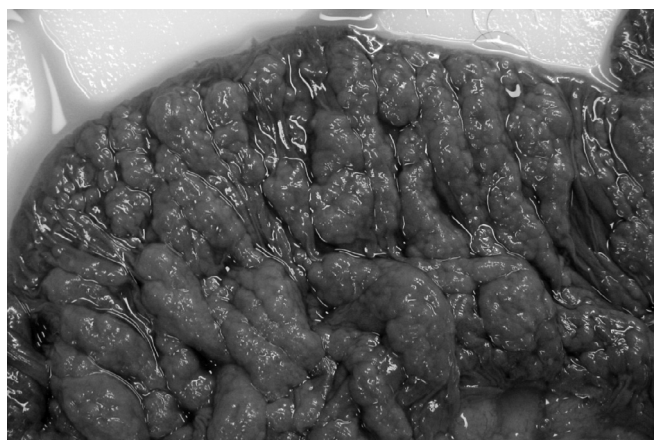


Figure 4 : ascite hémorragique et coloration aubergine des anses digestives.

Au niveau thoracique, les poumons sont lourds et densifiés, témoignant de l'existence de poumons de choc dans le cadre du SDRA.

Chez le détenu, l'autopsie montre, à l'ouverture du thorax, et après exploration du médiastin, une cardiomégalie gauche (VG 17 mm) ainsi que des poumons lourds et densifiés (674 et 650 gr) dus à une surcharge liquidienne importante du parenchyme pulmonaire.

Les anses intestinales adoptent une coloration sombre, hémorragique. Le contenu est similaire au cas précédent, avec un matériel épais et rougeâtre. On observe en outre une pneumatose de la paroi digestive.



Figures 5 et 6 : muqueuse digestive. Respectivement aspect « léopard » et pneumatose

Par ailleurs, le foie présente un aspect stéatosique aux tranches de section.

de colchicine de 0,018 $\mu\text{g/ml}$ (soit trois fois supérieur au taux sanguin dans le premier cas) et un taux de 0,711 $\mu\text{g/ml}$ dans la bile.

3. ANALYSE TOXICOLOGIQUE

Dans le premier cas, un dosage de la colchicine dans le sang et les urines réalisé le troisième jour après l'ingestion de médicament avait révélé :

- ✓ Sang périphérique : <5 ng/ml, soit <0.005 $\mu\text{g/ml}$
- ✓ Urine : 115 ng/ml, soit 0,115 $\mu\text{g/ml}$

La dose de colchicine initialement absorbée atteignait probablement 20 mg, c'est à dire 0,40 mg/kg.

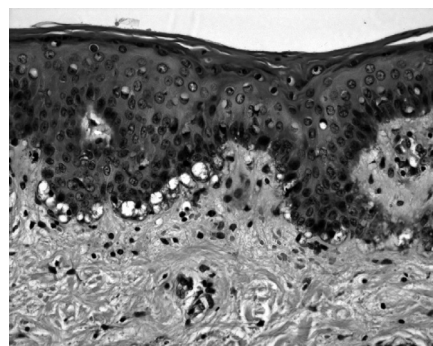
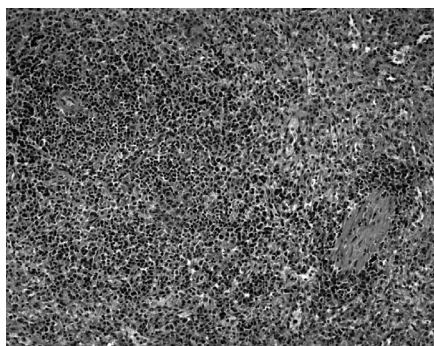
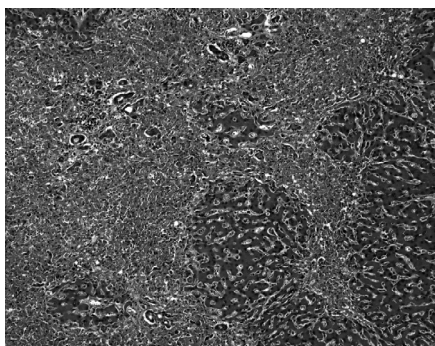
Un dosage de la colchicine sur un prélèvement post-mortem de bile effectué au moment de l'autopsie montre un taux de 0,523 $\mu\text{g/ml}$.

Dans l'autre cas rapporté, les prélèvements réalisés le jour de l'autopsie, soit moins de 24 heures après le décès, montrent, dans le sang périphérique, un taux

4. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les modifications histologiques observées dans le premier cas reflètent une atteinte toxique sévère d'origine médicamenteuse :

- ✓ une nécrose en pont des zones III des lobules hépatiques. L'absence de fibrose cicatricielle suggère en outre une évolution subaiguë, compatible avec les délais rencontrés dans ce cas. (Fig 7)
- ✓ une lymphopénie de la pulpe blanche splénique avec activation lymphocytaire réactionnelle dans la pulpe rouge. (Fig 8)
- ✓ une vacuolisation de la couche basale de l'épiderme associée à une inflammation du derme sous jacent. (Fig 9)



Figures 7 – 9 : Signes histopathologiques de l'atteinte toxique

D'autres lésions sont également observées, reflétant les diverses complications cliniques de l'intoxication à la colchicine :

- ✓ une nécrose tubulaire aiguë ayant évolué vers une nécrose corticale
- ✓ un tableau pulmonaire de SDRA, avec dépôts fibrineux dans les alvéoles et hémorragies alvéolaires, associé à des foyers de broncho-pneumonie
- ✓ des thrombi présents dans la peau et une nécrose cortico-surrénalienne évoquant une coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD), dans le cadre de la pancytopenie due à la colchicine mais également aux complications infectieuses.

Enfin, une nécrose des muqueuses digestives est remarquée ainsi qu'une atteinte focale des muscles squelettiques, typique d'une intoxication par surdosage à la colchicine.

De manière cohérente avec un délai plus court entre l'intoxication et le décès par collapsus, le second cas montre des observations plus réduites mais néanmoins spécifiques pour certaines d'entre elles, à savoir une atteinte prédominante de la paroi intestinale caractérisée par une autolyse majeure associée à une pneumatose de la sous muqueuse.

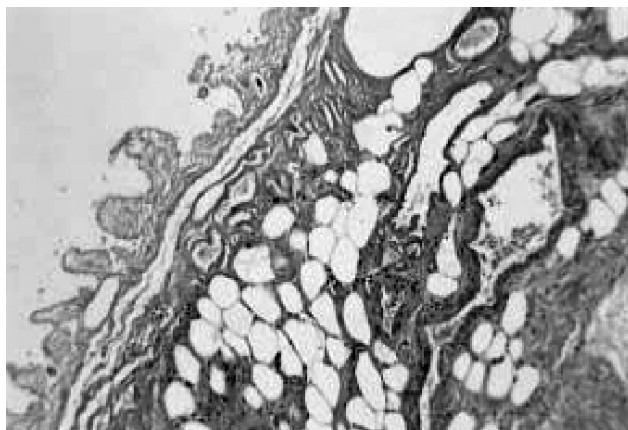


Figure 10 : pneumatose intestinale.

Une atteinte pulmonaire caractérisée par un œdème majeur est également observée.

Mais, l'élément le plus marquant et ayant initialement suggéré le diagnostic d'intoxication par colchicine est la présence, dans de nombreux organes, d'un grand nombre de cellules bloquées en métaphase. Un marquage immunohistochimique du Ki67 atteignant par endroit près de 90 % de positivité.

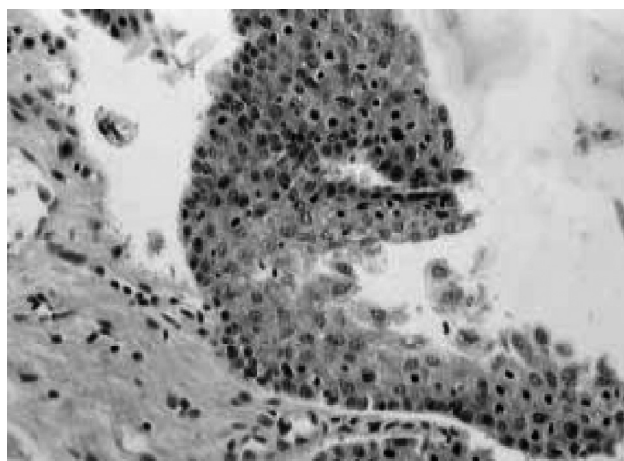


Figure 11 : Mitoses dans la muqueuse oesophagienne

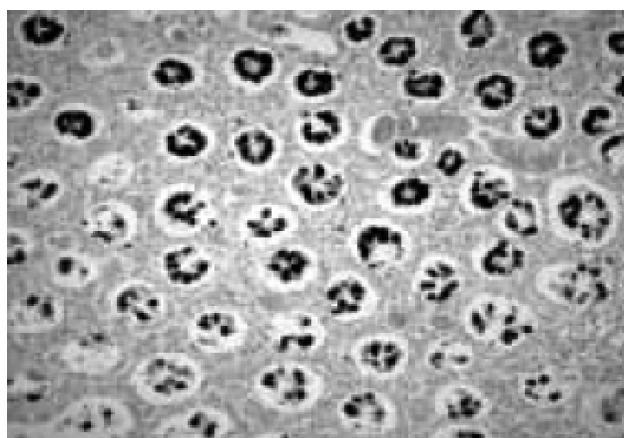


Figure 12 : Ki 67 dans la muqueuse colique

5. DISCUSSION

Les différentes modifications histologiques observées plaident de manière spécifique en faveur d'une intoxication par surdosage en colchicine associée dans le premier cas à d'autres médicaments qui ont pour effet de majorer les effets toxiques de la colchicine (anti-inflammatoires et statines entre autres). Ces modifications sont en outre compatibles avec le décours clinique et la nature des complications présentées par les deux patients.

i. Clinique de l'intoxication à la colchicine

L'intoxication aiguë à la colchicine a des répercussions multisystémiques après un intervalle libre de 6 à 12 heures (suite à son action anti-mitotique).

Dans la première journée, les symptômes digestifs dominent le tableau clinique avec apparition de nausées, vomissements, douleurs abdominales et diarrhée. Une hyperleucocytose associée à une hypovolémie par perte digestive se développe alors. Une atteinte hépatique va ensuite progressivement apparaître avec cytolysse majeure et CIVD.

Dans la première semaine suivant l'ingestion, les troubles hématologiques prennent le relais sur la symptomatologie digestive. On observe donc, à ce moment, une hypoplasie médullaire se traduisant par une leucopénie et une thrombopénie pouvant par la suite se compliquer logiquement de syndromes hémorragiques et d'infections.

Progressivement, des symptômes neurologiques et cardiovasculaires se mettent en place. Le tableau clinique est alors dominé par un syndrome confusionnel, des convulsions, des troubles du rythme, etc... Une défaillance multisystémique s'installe, caractérisée par une insuffisance hépatique, rénale, pulmonaire.

Dès le 7^e jour, des symptômes plus spécifiques encore apparaissent, dont une alopecie souvent parallèlement à une sortie de l'anaplasie médullaire.

ii. Pharmacologie

La colchicine est un alcaloïde puissant et toxique extrait du colchique et utilisé pour son effet anti-inflammatoire dans l'arthrite goutteuse mais aussi pour son effet anti-mitotique dans le cadre de chimiothérapies anti-cancéreuses.

Il s'agit d'un poison du fuseau qui, par sa liaison à la tubuline, va empêcher la polymérisation des microtubules et va dès lors entraîner un blocage du cycle cellulaire en métaphase.

Sa métabolisation dans l'organisme se fait essentiellement dans le foie par déacétylation. Ensuite, 10 à 25 % de la colchicine et de ses métabolites sont éliminés dans la bile et par voie digestive.

iii. Toxicité

Selon une étude de Bismuth et al. portant sur 84 cas d'intoxication à la colchicine, il existe trois niveaux

de toxicité dépendant de la dose supposée ingérée (DSI) :

- ✓ DSI : < 0,5 mg/kg : symptômes digestifs et déshydratation, généralement résolus en 4 à 5 jours.
- ✓ DSI : 0,5 – 0,8 mg/kg : les troubles hématologiques se surajoutent aux précédents symptômes avec complication par des hémorragies et des infections. Le taux de mortalité est évalué à 10 %.
- ✓ DSI : > 0,8 mg/kg : défaillance cardiovasculaire rapide par choc hypovolémique, SDRA, hémorragie et/ou sepsis. Le taux de mortalité atteint à ce moment près de 80%.

Les facteurs pronostics, outre la dose ingérée, sont :

- ✓ La présence d'une hyperleucocytose > 15000/mm³ dans les premières 24 heures.
- ✓ Une chute du taux de prothrombine sous les 20% endéans 24 heures.
- ✓ Un SDRA ou une défaillance cardiaque dans les 72 premières heures.

D'après Deveaux et al., les taux sanguins post-mortem sont compris entre 5 et 170 ng/ml (0,005 et 0,170 µg/ml), mais il n'y a aucune corrélation avec la dose ingérée. Il est en effet possible qu'après un surdosage massif on ne puisse pas détecter de colchicine dans le sang en raison de la recirculation entéro-hépatique avant l'excrétion. La bile est donc de ce fait le site de prédilection pour doser la colchicine ; même tardivement ainsi que les démontrent les deux cas présentés.

En cas de suspicion clinique d'intoxication pré-mortem à la colchicine, et au vu du temps de demi-vie relativement court de la colchicine dans le plasma (entre 17 et 40 heures selon les auteurs), il est nécessaire de pratiquer une autopsie relativement rapidement après le décès afin d'obtenir de la bile, un fragment de foie, mais également du sang et des urines pour permettre un dosage correct de la colchicine.

Une étude histopathologique préalable des prélèvements post-mortem est de nature à orienter les recherches toxicologiques.

6. CONCLUSION

La différence de sévérité des lésions entre les deux cas décrits est attribuable à la dose absorbée et donc

au délai écoulé entre l'ingestion et le décès. La dose plus faible ingérée dans le premier cas, n'entraînant pas une mort rapide par choc cardiogénique, a permis l'apparition de multiples complications entraînant à leur tour le décès. Dans le cas du détenu, la dose initialement absorbée étant plus importante, le décès est survenu plus rapidement, ce qui ne permet d'observer à l'examen histopathologique post-mortem que les effets précoces de l'intoxication à la colchicine, à savoir, l'atteinte digestive et le blocage du cycle cellulaire en métaphase.

Devant un tableau de gastro-entérite initiale suivi d'un syndrome de défaillance multisystémique et dans un contexte suggérant une éventuelle intoxication médicamenteuse, il faut garder à l'esprit la possibilité d'un surdosage aigu en colchicine. Une autopsie doit être réalisée rapidement afin d'effectuer les différents prélèvements (dont la bile) utiles à l'analyse toxicologique. L'examen anatomo-pathologique des différents organes permettra en outre d'orienter les recherches toxicologiques. ■

7. BIBLIOGRAPHIE

- BISMUTH C, GAULTIER M, CONSO F. – Aplasie médullaire après intoxication aiguë par la colchicine. *Presse Med* 1977, 6 : 1625-8.
- DEVEAUX M, HUBERT N, DEMARLY C. – Suicide with colchicine : report of two cases. Institute of Legal Medicine, Faculty of Medicine, University of Lille II, France. http://www.tiaft.org/tiaft2003/sci/O4_06.html
- MEGARBANE B. – Intoxication aiguë par la colchicine. *Encycopédie Orphanet*. Mars 2003 <http://www.orpha.net/data/patho//FR/fr-colchine.pdf>
- LION-DAOLIO S. et al., – Une rhabdomyolyse brutale sans traumatisme, sous statine bien tolérée pendant des années, *La Revue de la Médecine Interne*, Vol. 29, Supplément 3, Décembre 2008, pages S408-S409.
- IACOBUZIO-DONAHUE C. et al., – Colchicine toxicity : Distinct Morphologic Findings in Gastrointestinal Biopsies, *The American Journal of Surgical Pathology*, august 2001, Vol. 25, Issue 8, pp 1067-1073.
- ROSSET L. et al., – Toxicité Multisystémique de la colchicine et insuffisance rénale : à propos d'un cas. *Schweiz Med Wochenschr* 1998 ;128 :1953-7.

Prise en charge des victimes d'agressions sexuelles : exemple genevois

R. LA HARPE¹, A-T. VLASTOS²

Le nombre de femmes venant consulter à la Maternité de Genève pour des cas d'agressions sexuelles n'a cessé d'augmenter ces dernières années, passant d'environ 20 cas par année à la fin des années 90 à environ une centaine de cas à la fin des années 2000. Pour cette raison, il a été instauré un protocole, afin que toutes les femmes soient prises en charge de la même manière, que cela soit de jour ou de nuit, en semaine ou lors des week-ends.

En Suisse, depuis le 1^{er} avril 2004, le viol ou la contrainte sexuelle parmi les conjoints est considéré de la même manière que par des inconnus, à savoir qu'il est poursuivi d'office et non seulement sur plainte. La peine encourue se situe entre 5 et 10 ans, s'il n'y a pas d'autres facteurs aggravants, tels que l'utilisation d'armes ou la mise en danger de la victime.

Les femmes qui viennent consulter lors d'une agression sexuelle le font avant tout à but thérapeutique, à savoir pour recevoir rapidement des soins (désinfection des plaies, ...), pour dépister et traiter des maladies sexuellement transmissibles, notamment les hépatites et le HIV et pour dépister et traiter une éventuelle grossesse (contraception d'urgence). Elles viennent également pour prévenir et soulager des traumatismes psychiques, où les victimes se font entendre et comprendre. Si le traumatisme psychique semble

important, un psychiatre voit la patiente en urgence et décide si elle doit être hospitalisée ou non. Dans les autres cas, la patiente est adressée pour une consultation le lendemain au Centre Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence où des médecins ou des psychologues prennent en charge la victime.

L'aspect médico-légal n'est cependant pas à négliger, raison pour laquelle, à Genève, depuis une quinzaine d'années, les cas d'agressions sexuelles sont vus simultanément par un gynécologue et par un médecin légiste. Le rôle de ce dernier est, avant tout, de rechercher des traces de violence sur l'ensemble du corps et de s'assurer que les prélèvements médico-légaux soient effectués correctement, en vue d'une expertise ultérieure, si la patiente dépose plainte.

En effet, lors de cet examen, le médecin légiste est appelé comme consultant par le gynécologue (rôle inhabituel pour un médecin légiste qui, habituellement, fonctionne uniquement comme expert) et son rôle est d'aider le médecin gynécologue à décrire correctement toutes les lésions traumatiques observées et il est également responsable d'effectuer les prélèvements de matériel biologique pouvant provenir de l'agresseur (prélèvements au niveau du cou si tentative d'étranglement ou de strangulation, sur des morsures, sur des endroits de léchages,...). Le médecin

1. Centre Universitaire Romand de Médecine Légale, site de Genève, 1, rue Michel-Servet, 1211 Genève 4 (Suisse).

2. Département de gynécologie et obstétrique, 30, bd de la Cluse, 1211 Genève 4 (Suisse).

légiste pourra aller ensuite témoigner au Tribunal, mais uniquement après avoir été levé du secret professionnel de la part de la patiente et du secret de fonction de la part de l'Hôpital.

Le médecin légiste peut également être nommé expert pour des examens complémentaires tels que l'identification de traces (sperme, sang, peau, ...) ou l'interprétation d'analyses toxicologiques (soumission chimique).

Dans la pratique, le médecin légiste arrive dans les trente minutes après l'appel du gynécologue, il fait l'anamnèse médico-légale, pratique les prélèvements médicaux légaux, explique à la patiente le devenir des prélèvements et donne les informations médico-légales nécessaires. Il peut être amené à reconvoquer la victime pour des compléments d'anamnèse, des prélèvements de cheveux où lorsqu'une expertise est demandée par un Juge d'Instruction.

Il faut dire que la levée du secret médical n'est valable que pour les constatations relevées lors du constat médical effectué le jour de la consultation, qui contient un constat détaillé de toutes les lésions traumatiques observées, des maladies éventuellement observées, des traitements prodigués, de la présence ou de l'absence de sperme et finalement d'éventuelles analyses toxicologiques en cas de suspicion de soumission chimique. Cette levée du secret médical n'est cependant pas valable pour l'établissement d'un profil génétique, qui ne peut être effectué qu'après un nouveau consentement de la part de la patiente, où il est clairement expliqué que l'établissement du profil génétique peut provenir de l'agresseur, mais également d'un autre partenaire sexuel récent, sachant que ce résultat va être introduit dans le fichier national informatisé d'ADN où figurent toutes les personnes ayant été condamnées pour des crimes ou des délits.

Ce constat de lésions traumatiques peut avoir un effet thérapeutique avec la volonté de la patiente de rompre le silence et pour que les faits soient pris en considération. Il peut également avoir un rôle psychosocial et aider la prise en charge en vue de la réhabilitation de la victime. Il peut finalement avoir des implications médico-légales à savoir la confirmation des allégations en cas de procédure judiciaire et peut être un élément déterminant en cas de témoignage en justice.

La victime reçoit également une attestation médicale provisoire, où les principales lésions traumatiques mises en évidence sont mentionnées. Cette

attestation est importante, notamment si la personne décide de déposer plainte.

Le constat de lésions traumatiques est effectué selon les modalités habituelles rencontrées en médecine légale, avec notamment les déclarations neutres de la victime et les constatations cliniques objectives, restrictives dans le lien de causalité. Des photos, avec le consentement de la victime, peuvent être effectuées, d'une part afin d'aider à la rédaction du constat de lésions traumatiques et, d'autre part, pouvant être remises à la justice.

En définitive, dix jours après le constat, la victime (ou son avocat) peut prendre possession de ce constat médical, où sont mentionnés une brève mais précise anamnèse, l'ensemble des lésions traumatiques observées, les prélèvements qui ont été effectués, notamment du point de vue médico-légal, les frottis vaginaux et de l'anus, des prélèvements de sang et d'urine. Tous ces prélèvements seront conservés pendant un an au Centre Universitaire Romand de Médecine Légale. Sur le document figurent également les résultats des sécrétions vaginales au microscope optique, la recherche de spermatozoïdes, ainsi que la recherche de la PSA (Antigène Spécifique de la Prostate) et les analyses toxicologiques, en cas de suspicion chimique. Figurent également les traitements donnés, notamment la contraception d'urgence, la trithérapie, une antibiothérapie, un rappel du vaccin de l'Hépatite B, ... Il est également mentionné si la victime est incapable de travailler et le suivi proposé qui consiste, en principe, à deux nouveaux rendez-vous à la Maternité, l'un dix jours après le constat et l'autre après trois mois, une consultation le lendemain à la Consultation Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence et à une consultation SIDA, si une trithérapie a été entreprise. Le rapport est signé par le gynécologue et le médecin légiste qui ont vu la victime, ainsi que leurs deux responsables hiérarchiques directs.

Afin de ne rien oublier, le gynécologue et le médecin légiste ont, à leur disposition, un kit complet avec tout le matériel et les instructions nécessaires à la bonne prise en charge de la victime.

CONCLUSIONS

A Genève, les femmes victimes d'agressions sexuelles sont vues conjointement par un gynéco-

logue et un médecin légiste. Un kit avec tout le matériel nécessaire est mis à leur disposition, à l'intérieur duquel se trouve un protocole avec une marche à suivre précise pour une bonne prise en charge de la victime. Suite à cet examen, un constat d'agression sexuelle est remis à la patiente (ou à son avocat, ou à la justice avec le consentement de la patiente) où sont mentionnées toutes les lésions traumatiques observées, si du sperme a été mis en évidence et les résultats des analyses toxicologiques en cas de suspicion de soumission chimique. Il y est également mentionné tous les prélèvements médicaux et médico-

légaux effectués, les traitements prodigués, les suivis proposés et si la patiente est mise au profit d'un arrêt de travail. ■

BIBLIOGRAPHIE

Prise en charge des personnes victimes d'agression sexuelle, Ch. Margairaz, N. Barbotz, K. Wyss et R. La Harpe, In « Médecin et droit médical », D. Bertrand, J.-F. Dumoulin, R. La Harpe, M. Ummel, Ed. Médecine et Hygiène, 3^e édition, 2009.

Le droit tunisien et l'infection par le VIH

**TASNIM MASMOUDI¹, MAJED ZEMNI,
MOHAMED KAMEL SOUGUIR, MAHER JEDIDI**

1. INTRODUCTION

Les premiers cas d'infection par le VIH en Tunisie ont été enregistrés en 1985, jusqu'à l'année 2006, 1383 cas sont comptabilisés, dont 61,17% étaient au stade sida. La Tunisie est jugée en situation stable avec une prévalence faible (0,8 cas/10.000 habitants). La population touchée est surtout masculine et la voie de transmission est principalement hétérosexuelle.

2. LA LUTTE CONTRE L'INFECTION PAR LE VIH

a. Mesures sanitaires

Depuis que sont apparus en Tunisie les premiers cas de sida, un programme national de lutte contre le SIDA/MST a été lancé puis consolidé par la mise en place d'un comité national multidisciplinaire. Ce programme est doté d'un budget autonome et évolutif.

b. Mesures législatives

La loi n° 92-71 du 27 Juillet 1992 relative aux maladies transmissibles, représente l'axe principal de la

réponse législative dans la lutte contre l'infection par le VIH. Elle porte, entre autres, sur l'obligation d'informer le patient du genre de maladie dont il est atteint, l'obligation de déclarer aux autorités sanitaires les maladies diagnostiquées, et les modalités d'hospitalisation et des soins des personnes atteintes par les maladies transmissibles y compris l'infection par le VIH [1].

Le domaine de la transfusion sanguine a été particulièrement encadré avec une multiplication de textes réglementaires relatifs à l'usage rationnel de la transfusion, la sécurité transfusionnelle et la traçabilité des produits sanguins, ce qui explique qu'aucune transmission post transfusionnelle n'a été enregistrée depuis 1987 jusqu'à ce jour.

3. DROITS DU PATIENT VIVANT AVEC LE VIH

a. Accès aux soins

Quelque soient les conditions de couverture sociale des patients vivant avec le VIH, ils bénéficient de la gratuité des soins, en effet le diagnostic, le suivi médical et la prestation de soins comprenant la fourniture des médicaments traitant les infections opportunistes et des médicaments anti-rétroviraux sont à la charge de l'État [2].

1. Service de médecine légale CHU Farhat Hached 4000 Sousse Tunisie
Mail : tasnimasmoudi@yahoo.fr

b. Non discrimination

Selon l'article premier de la loi relative aux maladies transmissibles « *Nul ne peut faire l'objet de mesures discriminatoires à l'occasion de la prévention ou du traitement d'une maladie transmissible.* »

c. Droit à l'information

L'obligation d'information à la charge du médecin, est prévue par l'article 6 de la loi relative aux maladies transmissibles, la nature de l'information à fournir est précisée, il s'agit de :

- Informer le patient du genre de maladie dont il est atteint et toutes ses conséquences possibles d'ordre physique et psychique ainsi que des répercussions sur sa vie professionnelle familiale et sociale;

- Indiquer les dangers de contamination qu'entraînerait un comportement ne respectant pas les mesures préventives.

d. Droit de procréer

L'article 10 du décret 2003-1027 du 28 avril 2003 relatif à la définition des activités de la médecine de reproduction et les modalités de son exercice stipule que « *la congélation des spermatozoïdes d'un patient infecté par le VIH (...) sera effectuée dans des paillettes de "haute sécurité" (...). Les embryons congelés issus des spermatozoïdes infectés sont stockés également dans une cuve spécifique (...)* ». Cet article reconnaît de façon implicite le droit du patient vivant avec le VIH à avoir un enfant [3].

e. Droit à la réparation

Infection post transfusionnelle

La jurisprudence administrative tunisienne permet actuellement d'indemniser par voie judiciaire les victimes atteintes par une infection au VIH suite à un acte médical en particulier la transfusion sanguine sur la base de la responsabilité sans faute. Il s'agit d'une responsabilité pour risques assumée par l'état.

Infection par le VIH et maladie professionnelle

L'infection par le VIH durant le temps et sur le lieu de travail est reconnue comme une maladie profes-

sionnelle dans la liste des agents infectieux susceptibles d'être contractés en milieu hospitalier au titre du tableau n° 75 des maladies professionnelles.

La durée de prise en charge est de 6 mois. La reconnaissance englobe toutes les manifestations immuno-sérologiques du virus HIV associées ou non à d'autres manifestations (syndrome mononucléosique transitoire) ou les manifestations associées au Sida maladie (infections opportunistes, sarcome de Kaposi).

Les travaux incriminés sont les travaux comportant le prélèvement, la manipulation, le conditionnement ou l'emploi de sang humain ou de ses dérivés contaminés par le VIH.

f. Limitation au droit au respect de la vie privée

L'infection par le VIH est l'une des maladies à déclaration obligatoire en Tunisie nécessitant une intervention afin contrôler un risque de diffusion et d'assurer une surveillance épidémiologique pour définir et évaluer les programmes de lutte.

Il s'agit d'une déclaration obligatoire et nominative destinée aux autorités sanitaires, en effet tout médecin ou biologiste qui a diagnostiqué une infection par le VIH ou qui en a pris connaissance est tenu d'en faire état aux autorités sanitaires. De même, les praticiens sont tenus de déclarer de tout décès qui résulte d'une maladie transmissible y compris l'infection par le VIH.

4. LES OBLIGATIONS DU PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE TRANSMISSIBLE

Tout patient au courant de son infection par le VIH est tenu de se faire examiner et traiter par un médecin.

En cas de comportement dangereux du malade concourant à la transmission de la maladie à d'autres personnes, le patient peut se voir enjoindre par les autorités sanitaires à se traiter régulièrement. Il s'agit d'une décision prise par le juge du tribunal de 1ère instance saisi en référé par l'autorité sanitaire et ce après audition du patient. L'hospitalisation se fait dans une structure sanitaire publique pour une durée maximale de trois mois, renouvelable autant de fois que nécessaire. Les modalités de sortie d'hospitalisation sont les suivantes :

- Automatique en cas de non renouvellement;
- Par décision de l'autorité sanitaire;
- Par décision du tribunal de 1^{re} instance sur requête du patient ou ses parents.

Un suivi thérapeutique après l'hospitalisation peut être requis par l'autorité sanitaire.

5. DÉPISTAGE

Le dépistage en Tunisie repose sur le volontariat, il ne peut être réalisée qu'avec le consentement préalable du patient. Il est obligatoire dans certaines procédures : don d'organes, procréation médicalement assistée. Il est souvent proposé lors des visites pré-nuptiales.

La modification de la loi 92-71 par la loi 2007-12 du 12 février 2007 a introduit la possibilité pour toute personne qui le désire de se faire dépister de manière anonyme, lorsqu'il se présente volontairement à des centres et établissements sanitaires publics prévus par arrêté du ministre de la santé publique [4].

6. CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

Lorsque des futurs mariés sont sérodifférents, le praticien se retrouve face à un dilemme : respecter l'obligation du secret professionnel et ne pas révéler le diagnostic au partenaire séronégatif l'exposant au danger d'une contamination et s'exposer au risque judiciaire de poursuites pour non assistance à personne en danger.

La loi tunisienne donne la possibilité au praticien de refuser de délivrer le certificat pré-nuptial si le mariage lui paraît indésirable ou de surseoir à cette délivrance jusqu'à ce que le patient ne soit plus contagieux ou que son état de santé ne soit plus préjudiciable à sa descendance [5].

Le médecin doit s'efforcer de convaincre le patient de révéler à son partenaire le diagnostic mais ne peut pas l'y contraindre, puisqu'il n'existe pas de dérogations spécifiques au VIH.

7. PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION DU VIH

Avant la promulgation de la loi relative aux maladies transmissibles, la transmission volontaire de l'infection par le VIH pouvait faire discuter différentes qualifications pénales : infection par administration de substances nuisibles, homicide volontaire par empoisonnement.

Actuellement cet acte criminel est un délit poursuivi aux termes de l'article 18 de la loi relative aux maladies transmissibles « *Toute personne se sachant atteinte d'une maladie transmissible et qui par son comportement concourt délibérément à sa transmission à d'autres personnes est passible d'un emprisonnement de un à trois ans.* » ■

RÉFÉRENCES

- [1] Loi n° 92-71 du 27 juillet 1992 relative aux maladies transmissibles. *Journal Officiel de la République Tunisienne*, n° 50 du 31 juillet 1992: 939-940.
- [2] Circulaire du ministère de la santé public n° 16 du 27 février 2001.
- [3] Décret 2003-1027 du 28 avril 2003 relatif à la définition des activités de la médecine de reproduction et les modalités de son exercice. *Journal Officiel de la République Tunisienne*, n°53 du 25 juillet 2003:1606-1608.
- [4] Loi n° 2007-12 du 12/02/2007 modifiant et complétant la loi no 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles. *Journal Officiel de la République Tunisienne* n°14 du 16 février 2007:484.
- [5] Loi 64-46 du 3 novembre 1964 instituant le certificat médical pré-nuptial. *Journal Officiel de la République Tunisienne*, n°53 du 3 novembre 1964: 1275.

Homicide involontaire par arme blanche : intérêt de l'autopsie

M. BEN DHIAB¹, M. JEDIDI, W. MAJDOUB, S. MLAYEH, M. ZEMNI

1. INTRODUCTION

Les morts violentes par armes blanches sont fréquentes. Il s'agit assez souvent d'homicide et parfois de suicide. Les accidents sont encore plus rares et de diagnostic médico-légal délicat, nécessitant toujours une analyse minutieuse des données de l'enquête et de l'autopsie.

Nous en rapportons un accident survenu dans des circonstances inédites et nous en discutons les éléments du diagnostic médico-légal.

2. OBSERVATION

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui a été emmené par un proche aux urgences d'un hôpital où il décédait à l'arrivée. L'examen aux urgences retrouvait une plaie hémorragique de la cuisse droite couverte par du coton et un bandage.

Une enquête policière fut ouverte et le proche de la victime a été mis en examen pour suspicion d'homicide volontaire. Ce dernier alléguait qu'il portait dans une poche arrière de son jean un couteau, dont le tran-

chant était dirigé vers le haut et sur lequel la victime s'est assise en essayant de se mettre derrière lui sur une Vespa.

L'enquête plus poussée a retrouvé une notion de tentative de vol de bétails, perpétrée la veille par les deux cousins et qui a échoué en raison de l'arrivée du propriétaire. La victime, s'échappant, se serait assise sur la Vespa déjà en mouvement et conduite par le cousin. Ce dernier a déclaré qu'ils ont hésité à consulter aux urgences au début de peur d'être découverts par la police et qu'ils l'ont fait après aggravation de l'état de la victime.

L'autopsie médico-légale a noté les constatations suivantes :

– Une plaie de la jonction 1/3 moyen-1/3 inférieur de la face interne de la cuisse droite, linéaire, à bords réguliers, de 5 cm de long, verticale, à extrémité supérieure plus aigüe (photo n°1), dirigée en profondeur d'arrière en avant et de bas en haut, traversant les muscles gracile, grand adducteur, long adducteur et partiellement le sartorius, transfixiant la veine et l'artère fémorales droites (photos n° 2 et 3). Le tout est associée à une importante infiltration hémorragique des tissus avoisinants ;

1. Adresse de l'auteur =

Docteur Mohamed BEN DHIAB

Maitre de Conférences Agrégé en Médecine Légale

Adresse : Service de médecine légale, Hôpital Farhat HACHED

Sousse - 4000 - TUNISIE

Tél. : +216 73 219507

Fax : +216 73 226702

Email : mbdhiab@yahoo.fr

- Des gros vaisseaux évides de sang ;
- Une pâleur cutanéomuqueuse et viscérale ;
- L'absence de plaie de défense mais une main droite couverte de sang desséché ;
- Des cicatrices d'automutilation pectorale gauche ;
- L'absence de toxique notamment d'alcool et de substances psychoactives.

L'examen de la Vespa (photo n° 4), du jean du conducteur et du couteau (photo n°5) a retrouvé des taches de sang surtout au niveau de la poche arrière droite et du tranchant du couteau ainsi que des trainées de sang sur le côté droit du siège de la Vespa. Le jean de la victime (photo n°6) est très imbibé de sang surtout au niveau de la cuisse droite où on notait, à la région antéro-interne du 1/3 inférieur, un orifice de 03cm de long.

La confrontation des données de l'enquête et de l'autopsie ainsi que la reconstitution, par l'équipe médico-légale, de la circonstance alléguée (photo n°7) ont permis de retenir l'hypothèse de l'accident.

Le proche a été condamné à 3mois d'emprisonnement pour homicide involontaire et à un mois pour le port et la détention illégaux d'une arme blanche.

3. DISCUSSION

Les plaies mortelles par les instruments tranchants sont rarement accidentelles. En effet, dans une étude, faite entre 1990 et 1999, sur 22744 autopsies, dont 7572 correspondaient à des accidents, Prahlow et al. ont colligé seulement 20 cas dus à des instruments tranchants contre 558 homicides et 48 suicides [1]. Dans une autre étude, Karger et al. [2] ont colligé, sur 30 ans, 799 décès par instruments tranchants dont seulement 18 cas classés comme accidents.

L'atteinte des vaisseaux périphériques est retrouvée avec des fréquences variables selon les études mais apparaît moins fréquentes par rapport aux plaies vasculaires dues aux armes à feu et aux contusions. Ainsi, Hafez et al. [3] ont colligé, sur 11 ans, 550 cas de plaies vasculaires des membres inférieurs, dues dans 55,2 % des cas à des armes à feu et dans 11,8% des cas à des instruments tranchants. La même prédominance est retrouvée dans l'étude d'Asensio et al. [4] qui ont colligé sur 11 ans, 204 cas de plaies fémorales dont 160 cas étaient dus à des armes à feu contre 12 seulement provoquées par des instruments tranchants.



Photo n° 1 : Aspects de la plaie de la cuisse droite



Photo n° 2 : Section de l'artère fémorale

Les blessures mortelles provoquées accidentellement par les couteaux sont rare par rapport aux autres instruments tranchants. En effet, sur les 18 accidents

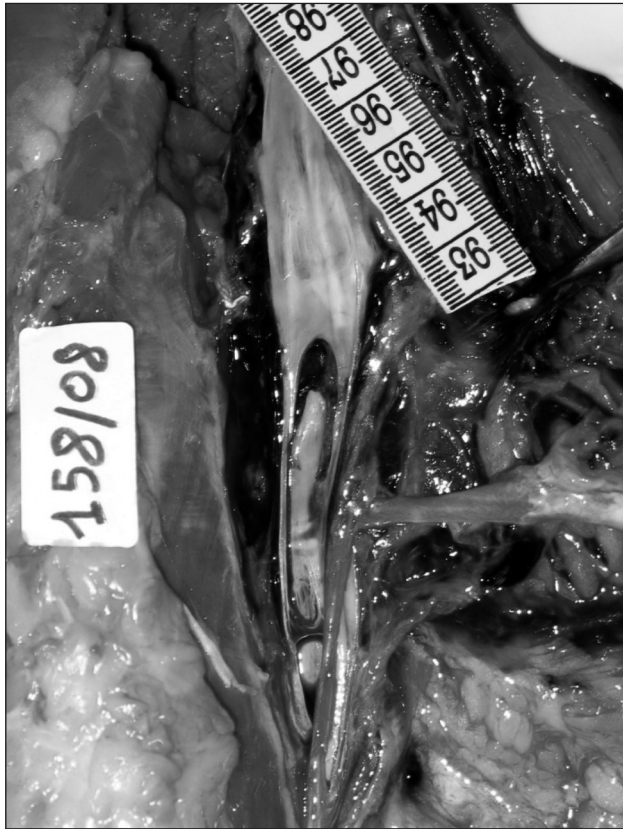


Photo n° 3 : Section de la veine fémorale



Photo n° 4 : Traces de sang sur le côté droit de la Vespa

colligés par Karger et col. [2], un seul cas était dû à un couteau présent dans la main de la victime et sur lequel cette dernière avait chuté pour se blesser au foie et au poumon. Les 17 autres cas étaient provoqués par des morceaux de verres notamment de fenêtres et de portes sur lesquelles les victimes avaient chuté. La même circonstance est retrouvée par plusieurs auteurs tels que dans les deux seuls accidents colligés par Mazzolo [5].

Quand il s'agit d'arme blanche le caractère unique de la plaie est un argument en faveur de l'accident en cas de circonstances pareilles. Pour les cas provoqués par les vitres brisées, plusieurs plaies peuvent être retrouvées (2) avec parfois incrustations par des éclats de verre.

Dans notre observation la victime, en mouvement, est venue au contact de l'arme blanche. C'est généralement la situation la plus fréquente pour ces accidents mais qui reste à vérifier par l'enquête policière et médico-légale pour retenir la thèse de l'accident.

Dans notre cas, le siège de la plaie, sa direction, son sens témoignaient d'une pénétration du tranchant de l'arrière vers l'avant et légèrement de bas en haut, ce qui est compatible avec une action de s'asseoir sur le couteau.

Dans une observation Ormstad et al. ont rapporté le cas d'un décès par une section de l'artère fémorale en rapport avec une bouteille de bière que la victime plaçait dans une poche tombante de son pantalon et qui s'est brisée lorsque la victime s'est assise sur elle [6]. Dans une autre observation, la victime, plaçant le couteau dans la poche de sa chemise, a eu le tranchant enfoncée dans le cœur après avoir été refoulé par un sac de pommes de terre de 25 kg que la victime venait de soulever [7].

L'expertise toxicologique dans notre observation était négative mais dans la littérature, plusieurs de ces accidents étaient favorisés par la présence d'alcool ou de substances stupéfiantes. C'est ainsi que Karger et al. [2] ont retrouvé, dans 15 cas sur 18, une alcoolémie de 0,32 à 3.60 gr/litre de sang ; l'analyse n'étant pas faite pour les 3 cas restants. Prahlow et al. ont noté dans 50% des accidents, la présence d'alcool ou de substances stupéfiantes.

4. CONCLUSION

Ce type d'accident doit rester un diagnostic médico-légal d'élimination. Il ne peut être retenu qu'après une étude méticuleuse des circonstances, des caractéristiques de la plaie, des autres données de l'autopsie et



Photo n° 5 : Traces de sang sur le couteau et le jean du conducteur de la Vespa



Photo n° 6 : Orifice d'entrée au niveau du jean de la victime



Photo n° 7 : Reconstitution de l'accident

également après une reconstitution des faits vérifiant notamment la faisabilité. ■

BIBLIOGRAPHIE

[1] PRAHLOW JA, ROSS KF, LENE WILLIAM JW, KIRBY DB., *Accidental Sharp Force Injury Fatalities*, The American

Journal of Forensic Medicine and Pathology, 2001, 22, 4, 358 –366.

- [2] KARGER B, ROTHSCILD MA, PFEIFFER H. *Accidental sharp force fatalities- beware of architectural glass, not knives*, Forensic Science International, 2001, 123, 135-139.
- [3] HAFEZ HM, WOOLGAR J, ROBBS JV. *Lower extremity arterial injury: Results of 550 cases and review of risk factors associated with limb loss*, J Vasc Surg, 2001, 33, 1212-9.
- [4] ASENSIO JA, KUNCIR EJ, GARCÍA-NÚÑEZ LM, PETRONE P., *Femoral Vessel Injuries: Analysis of Factors Predictive of Outcomes*, J Am Coll Surg, 2006, 203, 512–520.
- [5] MAZZOLO GM, DESINAN L. *Sharp force fatalities: suicide, homicide or accident? A series of 21 cases*, Forensic Science International, 2005, 147S, S33–S35.
- [6] ORMSTAD K, KARLSSON T, ENKLER L, RAJS J. *Patterns in sharp force fatalities: a comprehensive forensic medical study*, J. Forensic Science, 1986, 31, 529-542.
- [7] GROBE PERDEKAMP M, BOHNERT M, POLLAK S. *Zur Kasuistik der kidentellen Herzstichverletzung*, Arch Kriminol, 2000, 205, 169-176.

Intoxication criminelle par le Datura Stramonium : à propos de deux observations

**M. ZHIOUA, M. ALLOUCH, F.GLOULOU, M. BEN KHELIL, M. SHIMI,
A. BANASR ET M. HAMDOUN**

1. INTRODUCTION

L'utilisation du Datura Stramonium à la recherche d'effets hallucinogènes est fréquente en Tunisie, mais son utilisation dans un but d'empoisonnement criminel est non connue.

Nous rapportons, l'étude de deux cas cliniques de patients intoxiqués à leur insu, puis victime de vol, posant des problèmes médico-légaux.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Observation n° 1

Mr. T.Y., âgé de 40 ans, berger, est trouvé inconscient sur le lieu du travail. Il a été transporté aux urgences du Centre Anti-poisons de Tunis pour suspicion d'intoxication. L'examen à l'admission trouve : un patient obnubilé, hallucinant, agité, hypertonique, des pupilles en mydriase, une tachycardie sinusale à 120/mn, l'absence de signes neurologiques de localisation. Il a bénéficié de traitement symptomatique (lavage gastrique et charbon activé).

Les analyses toxicologiques ont mis en évidence la présence de scopolamine dans les urines.

L'évolution a été favorable après trois jours d'hospitalisation. A son réveil, le sujet précise qu'il a été abordé par un jeune homme qui, aimablement, lui a

proposé un aliment à base des dattes fourrées à la pâte d'amande. Ils ont échangé quelques propos. Il perd par la suite tout souvenir des événements.

Observation n° 2

Mr. M.M., âgé de 75 ans, berger, hospitalisé pour coma avec convulsions. L'examen clinique note une mydriase bilatérale, une sécheresse de la bouche et une tachycardie. L'examen neurologique retrouve un déficit moteur à gauche. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral a été évoqué et un scanner cérébral pratiqué en urgence s'est révélé normal. L'évolution a été progressivement favorable. L'interrogatoire retrouve la notion d'ingestion d'aliment suspect, des dattes fourrées à la pâte d'amande, dans les mêmes conditions que dans l'observation n°1. Le patient quitte l'hôpital après deux jours d'hospitalisation.

Dans les deux cas, l'agresseur a été arrêté et il a reconnu les faits qui lui sont reprochés.

3. DISCUSSION

3.1-Présentation de la plante

Le Datura Stramonium est une plante très répandue en Afrique du Nord, en Europe et en Amérique. Elle est rencontrée dans l'environnement urbain et rural.



Figure 1

En Tunisie est appelée aussi « pomme épineuse », « herbe au diable », « herbe aux sorcières », « koukhra » et « herbe de l'asthme ».

Cette plante est de la famille des solanacées, herbacée, annuelle, présente une tige verte arrondie qui atteint 80 à 130 cm de haut. Les feuilles sont découpées en 5 à 7 lobes sinueux et pointus. Les fleurs solitaires ou en deux, sont de grande taille avec un calice tubuleux, dentelé, largement dépassé par la corolle blanche en cornet ou en entonnoir de 15 à 20 cm.

Le fruit mûrit de juillet à octobre, est une capsule ovoïde, couverte d'épines rudes (figure 1).

Le fruit s'ouvre à maturité par 4 valves montrant au centre les placentas qui portent de nombreuses graines réniformes à téguments réticulés (figure 2). La saveur de la plante est désagréable et amère [1,3].

3.2-Aspects toxicologiques

Les signes cliniques : traduisent l'intoxication atropinique : une mydriase, une tachycardie sinusale, une sécheresse des muqueuses, une rétention d'urines et des troubles psychiques à type d'agitation psychomotrice, de délire hallucinatoire et de confusion mentale. D'autres tableaux ont été décrits, coma fébrile avec hyperleucocytose [9] et des convulsions [7].

Les analyses toxicologiques doivent être faites aussi précocement que possible par la recherche de scopolamine et des dérivés atropiniques dans les urines par chromatographie, GC/MS, voire dans les cheveux par LC/MS/MS [5].



Figure 2

Le traitement est essentiellement symptomatique et l'hospitalisation s'impose en raison d'hallucinations et des troubles du jugement associées pour prévenir les manifestations auto ou hétéroagressives. L'évacuation gastrique du toxique doit être systématique jusqu'à la 24^e heures après l'absorption [7] et doit être suivie de l'administration de charbon activé. L'utilisation de la physostigmine est encore discutée et controversée.

L'évolution est généralement favorable.

3.3-Aspects médico-légaux

Au Centre Anti-Poisons de Tunis, et de 2005 à 2007 (3 ans), nous avons recensé 14 cas d'intoxications aiguës par le *Datura Stramonium*. Ces 14 cas d'intoxications ne représentent probablement qu'une partie des intoxications qui surviennent réellement dans notre région. En effet, seuls les patients ayant présenté des troubles de la conscience et/ou du comportement ont été examinés à nos urgences. On peut donc penser que la fréquence de cette intoxication est sous estimée.

L'intoxication par le *Datura Stramonium* est le plus souvent le fait de conduites toxicomanes [2,7]. Rarement des tentatives de suicide et des intoxications accidentelles sont rapportées [3,8].

Les intoxications criminelles sont exceptionnelles. Le *Datura Stramonium* a servi aux Touaregs à empoisonner les membres de la mission Flatters venus étudier le trajet transsaharien [1]. Au Maroc, le *Datura Stramonium* aurait été utilisé à des fins criminelles [3].

En Tunisie, nous rapportons le deux premiers cas d'empoisonnement criminel par le *Datura Stramonium*. Les victimes sont des bergers et ont été victime de vol.

4. CONCLUSIONS

L'intérêt de ce travail est d'attirer l'attention des médecins, en particulier des services d'accueil, afin de pouvoir évoquer le diagnostic d'intoxication par le *Datura Stramonium* et ne pas le méconnaître. Evoquer le diagnostic d'intoxication par le *Datura Stramonium* sur les données cliniques, penser à faire les prélèvements biologiques nécessaires et les conserver en vue d'une éventuelle expertise médico-légale. ■

RÉFÉRENCES

- [1] DEBELMAS A.M ET DELAVEAU P., *Guide des plantes dangereuses*, Maloine S.A. Editeur (Paris).
- [2] HEDILI A., SLIM L., BEN SALAH N., BEN NACER S., BEN CHARNIA F. BOUKEF K., AMAMOU M. ET YACoub M., *Overdose collective par une plante toxicomane de la famille des solanacées : Koukhra*, Essaydali, 1991, n° 39.
- [3] JOUGLARD J., *Intoxications d'origine végétale*, EMC, 16065 ARO, 1977.
- [4] LAN L.S.H, BACCINO E. CAUBET K., BRESSOLETTE L. ET VERGER C., « Intoxication volontaire aux produits atropiniques. 17 observations », *La presse Médicale*, 2 Janvier 1990, 1942.
- [5] MARC B., KINTZ P., CIRIMELE V., RIAD C., LECLERC J. ET JELEFF C., « L'herbe du Diable à l'heure d'internet. Aspects actuels d'une intoxication au *Datura*, à propos de 4 observations », *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2006, Vol. 49, N°6, 227-234.
- [6] PUJOL M. L., VILLAIN M., SALQUEBRE G., VALLET E., CIRIMELE V. ET KINTZ P., « Scopolamine : un , nouveau cas de soumission médicamenteuse sur des enfants », *Annales de Toxicologie Analytique*, vol. XVIII, n° 3, 2006.
- [7] ROBLOT F., MONTAZ C. , DELCOUSTEL M. , GABORIAN E., CHAVAGNAT JJ, MORICHAUD G., POURRAT O., SCEPI M. ET POTTE D., « Intoxication par *Datura Stramonium* : le diagnostic est clinique, le traitement est symptomatique, » *Revue Médecine Interne*, 1995,16, 187-190.
- [8] SIMMAT G., ROBERT R., GIL R. ET LEFEVRE J.P., « Tentative d'autolyse par observation de graines de *Datura stramonium* », *La Presse Médicale*, 29 octobre 1983, 12, n° 38.
- [9] STROBEL M., CHEVALIER J. ET DE LAVORELLE B., « Coma fébrile avec polynucléaire dû à une intoxication par *Datura Stramonium* », *La Presse Médicale*, 14 Décembre 1991, 20, n° 43.

Intoxication aiguë mortelle par la lépiote brune : à propos de 4 observations

**M. ZHIOUA, M. BEN KHELIL, M. ALLOUCHE, F. GLOULOU, M. SHIMI,
O. BAKIR, A. BANASR ET M. HAMDOUN**

1. INTRODUCTION

Chaque année la consommation des champignons est responsable des plusieurs milliers d'intoxications dont certaines sont mortelles. Les espèces de champignons les plus incriminés, dans ces décès, sont l'amanite phalloïde, l'amanite printanière, l'amanite vireuse et certaines petites lépiotes brunes. En Tunisie, l'automne 2008 a été marqué par des conditions météorologiques particulières avec notamment une pluviométrie, une humidité et une chaleur importantes. Ces conditions météorologiques interviennent pour beaucoup dans l'importance de la poussée fongique. Au cours de la même période, le Ministère de la Santé Publique Tunisien a recensé 64 cas d'intoxications par

des champignons dont 6 sont mortelles, 4 au nord du pays et 2 au sud. Les auteurs rapportent, dans cette étude, les quatre premiers cas d'intoxications phalloïdiennes mortelles, en Tunisie, par consommation de *Lepiota brunneoincarnata* (lépiote brune) confondues avec *Macrolepiota procera* (coulemelles).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une famille comportant le père, la mère et quatre enfants ayant consommé des champignons cueillis par le père dans un bois avoisinant leur domicile. Ils ont tous présenté un tableau de gastro-entérite entre 7 et 12 heures après l'ingestion. Ils ont été hospitalisés pour suspicion d'intoxication fongique. Les deux parents ont présenté une évolution favorable avec une légère augmentation des enzymes hépatiques. Ils ont été hospitalisés pendant 3 jours chacun. Les 4 enfants, ont tous développé un tableau d'hépatite fulminante et sont tous décédés dans un délai allant de 1 à 11 jours après l'ingestion. L'identification botanique a été faite par un expert sur le reste de la cueillette. Le champignon ingéré est de la famille *lepiota brunneoincarnata* (Figure 1).

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

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



Figure 1

3. RÉSULTATS

Il s'agit de 4 cas d'intoxications aiguës mortelles par la lépiote brune, deux garçons et deux filles avec un sexe ratio de 1. L'âge moyen des victimes est de 9 ans avec des extrêmes de 3 et 15 ans. L'intoxication était collective et accidentelle, chez des enfants d'une même fratrie, en saison automnale en zone montagneuse dans un milieu rural. Le délai d'apparition des manifestations cliniques et de prise en charge par rapport à l'ingestion est en moyenne de 7 à 12 heures. L'anamnèse et l'étude clinique permettent une forte suspicion du diagnostic d'intoxication par des champignons. Les caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau 1.

Les patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique comportant des antispasmodiques, des antiémétiques, le respect de la diarrhée et une réhydratation large à l'admission et de réanimation dès l'apparition des signes de gravité. Les examens biologiques révèlent une atteinte hépatique sévère, Alanine-aminotransférase[ALAT] et Aspartate-aminotransférase[ASAT] à 100-250 fois la normale et une importante

diminution du temps de prothrombine[TP]. L'évolution des marqueurs biologiques est résumée dans le tableau 2.

La recherche de toxique dans les matrices biologiques n'a pas été pratiquée.

L'analyse macroscopique a porté sur divers organes thoraciques, abdominaux et le cerveau. Il a été noté notamment, un œdème cérébral très intense et un aspect pâle et bigarré du foie.

Les données anatomopathologiques sont résumées dans le tableau 3.

L'examen histologique des différents prélèvements d'organes montre une atteinte élective du foie. L'examen en microscopie optique révèle au niveau du foie une nécrose hémorragique hépatocytaire péricentrolobulaire (Figure 2).

4. DISCUSSION

Les intoxications par les champignons sont le plus souvent des intoxications collectives survenant avec

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques.

Cas	n° 1	n° 2	n° 3	n° 4
Sexe	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
Âge (années)	6	15	12	3
Incubation (heures)	7	7	12	7
1 ^{er} jour	Douleurs abdominales ; Vomissements ; Diarrhée ;	Douleurs abdominales ; Vomissements ; Diarrhée ;	Douleurs abdominales ; Vomissements ; Diarrhée ;	Douleurs abdominales ; Vomissements ; Diarrhée ;
2 ^{ème} jour		Obnubilation ; Déshydratation extra cellulaire	Déshydratation extra cellulaire	Altération de l'état hémodynamique.
3 ^{ème} jour		Hématémèse et melânas	Coma profond	Troubles de la conscience
4 ^{ème} jour			TDM cérébrale : œdème et hémorragie méningée	Défaillance multi viscérale
Décès	1 ^{er} jour	3 ^e jour	11 ^e jour	4 ^e jour

Tableau 2 : Résumé des anomalies biologiques

Cas	Constantes	1 ^{er} jour	2 ^{ème} jour	3 ^{ème} jour
n° 1	ASAT (n<40UI/l) ALAT (n<50UI/l) TP Créatinine (mmoles/l)			
n° 2	ASAT (n<40UI/l) ALAT (n<50UI/l) TP Créatinine (mmoles/l)	99 74 30 %	2279 2110 10 % 35	5400 5500 Incoagulable
n° 3	ASAT (n<40UI/l) ALAT (n<50UI/l) TP Créatinine (mmoles/l)	99 74 48	4969 4569 10% 50	>10 000 >10 000 Incoagulable 36
n° 4	ASAT (n<40UI/l) ALAT (n<50UI/l) TP Créatinine (mmoles/l)	101 61 94	5638 3929 10% 128	>10 000 >10 000 Incoagulable 224

Tableau 3 : Résumé des anomalies autopsiques et histologiques

Cas	Téguments	Cerveau	Foie	Histologie hépatique
n° 1		Œdème+++	Aspect pâle et bigarré	Nécrose hépatocytaire massive centrolobulaire périportale
n° 2	Ictère+++	Œdème+++	Aspect pâle et bigarré	Nécrose hépatocytaire massive centrolobulaire périportale avec infiltrat inflammatoire dense, polymorphe, riche en polynucléaires neutrophiles.
n° 3	Ictère+++	Œdème+++ Hémorragie méningée	Aspect pâle et bigarré	Nécrose hépaocytaire submassive avec zones péri centrolobulaires épargnant partiellement les zones périportales.
n° 4		Œdème+++	Aspect pâle et bigarré	Nécrose hépatocytaire massive centrolobulaire périportale

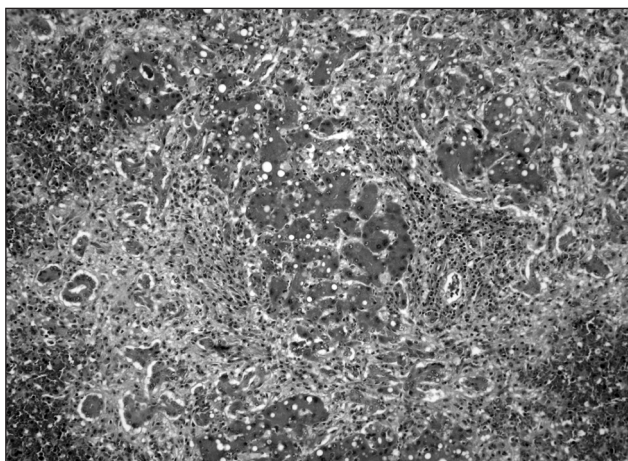


Figure 2

une prédominance automnale [3, 5-6]. Les syndromes liés à l'ingestion des champignons contenant des substances toxiques, peuvent être divisés, classiquement, en deux groupes :

- ceux montrant des signes cliniques précoces avec un temps d'incubation inférieur à six heures : n'engageant qu'exceptionnellement le pronostic vital et sont les plus fréquemment rencontrés ;

- ceux montrant des signes cliniques tardifs avec un temps d'incubation supérieur à six heures : peuvent être définis comme la conséquence d'une atteinte lésionnelle d'un organe, consécutive à l'action cytotoxique d'un composé du champignon. La latence séparant l'ingestion des champignons de l'apparition des signes cliniques correspond au temps nécessaire à la constitution de la lésion.

Cette règle peut être prise par défaut dans deux situations :

- lors de la consommation des champignons à plusieurs repas successifs ;

- lors de la consommation de mélanges d'espèces, les signes digestifs liés à la consommation de l'espèce à incubation courte peuvent masquer l'apparition de ceux liés à l'espèce à incubation longue.

La majorité des intoxications mortelles aux champignons est due à des champignons contenant des amatoxines. L'amanite phalloïde et l'amanite vireuse sont en cause le plus souvent. Classiquement la lépiote brune est rarement en cause. L'intoxication par la lépiote brune entraîne un syndrome phalloïdien. Ce syndrome phalloïdien fait partie des syndromes fongiques particulièrement graves engageant le pronostic vital chez

les personnes intoxiquées. Il doit être suspecté chaque fois que le délai d'incubation dépasse six heures.

Le syndrome phalloïdien est caractérisé par une atteinte digestive, essentiellement intestinale, et hépatorénale avec une évolution triphasique pathognomonique [9].

- La première phase : survient après un délai de latence de 6 heures pouvant aller jusqu'à 20 heures [13], il correspond au délai d'action cytotoxique des toxines [3]. Cette première phase est caractérisée par l'apparition de nausées, de vomissements, de coliques abdominales et d'une diarrhée aqueuse cholériforme pouvant aboutir à une déshydratation voire même un choc hypovolémique.

- La deuxième phase : survient entre 18 et 36 heures après l'ingestion du champignon et est marquée par l'amélioration de la symptomatologie digestive avec une élévation des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, LDH) et souvent asymptomatique.

- La troisième phase : survient entre le 2^e et le 6^e jour après l'ingestion et est marquée par l'apparition d'une insuffisance hépatique, parfois une insuffisance rénale aiguë organique, une gastroentérite sévère et parfois une insuffisance pancréatique aiguë [3, 5-6, 9-10, 13].

Dans la 1^{ère} observation, l'évolution du syndrome phalloïdien est atypique. Le décès survenu 7 heures après l'ingestion du champignon est secondaire à une déshydratation associée à une hépatite fulminante confirmée par l'autopsie et l'examen histologique. S'agissait-il d'une prise de champignon avant le repas incriminé (même si l'enfant était asymptomatique durant les jours avant l'intoxication) ? Ou était-ce une intoxication très sévère avec une consommation de quantités très élevée de toxine ?

La pathogénie des champignons résulte de l'action des toxines qu'ils comportent. Les principales toxines sont les phalloïdines : héptapeptides cycliques de PM 900d et l'amatoxine (α amanitine) octapeptide thermostable et facilement dialysable de PM 900d [4].

Les phalloïdines ont une action sur la membrane cellulaire des entérocytes à l'origine de troubles intestinaux notamment une diarrhée aqueuse cholériforme. Les amatoxines inhibent la synthèse protéique par blocage de l'ARN polymérase II d'où inhibition de la synthèse de l'ARNm, cette action cytotoxique survient préférentiellement au niveau des hépatocytes, des entérocytes et des cellules rénales [1, 3-4, 6, 9-11].

Les amatoxines sont résorbées au niveau de l'intestin. Ils sont sujets à un premier passage hépatique important (biodisponibilité 1%). Elles pénètrent dans les hépatocytes puis sont excrétés au niveau de la bile et subissent un cycle entéro-hépatique. L'élimination est essentiellement rénale (85%) avec un pic au 3^e-4^e jour après l'ingestion. Les amatoxines non résorbées sont éliminées dans les fèces. Elles sont excrétées dans le lait maternel mais ne traversent pas la barrière placentaire [1, 3-4].

Le dosage de l'amatoxine peut se faire par HPLC avec un seuil de détection de 3ng/ml sur le champignon ou sur des matrices biologiques : sang, sérum et urine, celle-ci est le milieu de choix pour la recherche et le dosage de l'amatoxine. Le pic de concentration dans les urines se situe au 3^e jour de l'ingestion avec une disparition complète à partir du 5^e jour [1]. La recherche est possible par les méthodes ELISA et RIA [1, 6].

Les espèces contenant des amatoxines et pouvant occasionner un syndrome phalloïdien sont les amanita (phalloïde, virosa et verna), Galerina (autumnalis, marginata, venerata) et Lepiota (brunneoincarnata, brunneolilacina, helveola, jasserandii) [3, 6, 11].

L'amanita phalloïde contient environ 0,2 – 0,4 mg d'amatoxine par gramme de champignon frais [4].

La dose létale est estimée à 0,1 mg/Kg soit environ 30 à 50 mg d'amanita, 100g de lépiota ou 100 à 150g de galerina [3-4, 6].

Les syndromes secondaires à l'ingestion de lépiote sont moins sévères avec un taux de mortalité moindre comparé à ceux secondaires à l'ingestion d'amanita phalloïde [5, 10-11]. Peu d'auteurs ont rapportés des intoxications mortelles par ingestion de lépiota brunneoincarnata [10].

Les facteurs de mauvais pronostic pouvant prédire l'évolution fatale et indiquer une transplantation hépatique sont un délai de latence entre l'ingestion et l'apparition des signes cliniques supérieur à 6 heures et une diminution du TP <20% qui persiste au-delà du 4^{ème} jour d'évolution [3, 7, 10]. D'après nos cas, l'âge jeune serait aussi un facteur de mauvais pronostic des intoxications par les champignons.

Par ailleurs, le taux de la créatinine, de la bilirubine, des enzymes hépatiques et du pH sanguins ainsi que l'apparition ou non d'une encéphalopathie hépatique ne sont pas des éléments corrélés à la gravité de l'intoxication ni à son évolution défavorable.

En l'absence d'antidote spécifique, le traitement [3, 5-6, 9-11, 13] repose sur :

- une réanimation symptomatique (mise de sonde nasogastrique, administration de charbon activé, réhydratation et équilibration de l'équilibre hydroélectrolytique, gastroprotecteurs, une assistance respiratoire si coma ou détresse respiratoire)

- un traitement antitoxine : plusieurs molécules sont utilisées notamment la pénicilline G, la silymarine, la plicybine, le N acétylcystéine, les antioxydants, mais dont l'efficacité reste discutable. Dans une méta-analyse portant sur 2108 patients hospitalisés pour une intoxication par des champignons à amatoxines, Enjalbert et coll [17] ont constaté que plusieurs molécules sont utilisées comme antitoxines sans pour autant montrer une efficacité, parmi elles la Pén G est la molécule la plus prescrite.

- la greffe hépatique dont l'indication doit être posée précocement.

Différents auteurs ont décrit l'utilisation d'un niveau système de suppléance artificielle du foie (système MARS™) utilisé dans les insuffisances hépatiques aiguës en attente d'une transplantation hépatique. L'efficacité de ce système pour cette indication n'est pas encore démontrée [6].

Dans les intoxications graves, il faudra penser à transférer le patient dans un service de réanimation dans une institution pouvant permettre une transplantation hépatique. Ceci permettra de garantir une hydratation adéquate avec un équilibre hydroélectrolytique, une surveillance clinique et biologique afin de pouvoir indiquer une transplantation hépatique en temps opportun [5, 10].

Les biopsies hépatiques ne sont pas faites systématiquement. Stickel et coll. [4] décrivent à l'histologie la présence d'une stéatose hépatique avec une nécrose hémorragique centrolobulaire. Ceci concorde avec nos constatations.

La cueillette des champignons peut prêter à confusion. Des espèces peuvent se ressembler et les champignons peuvent changer d'aspect avec les changements climatiques. Les lépiotes peuvent être confondues avec des petites coulemelles qui, elles, sont comestibles [6, 11]. D'où l'intérêt de la prévention en informant la population des dangers de la cueillette dans les bois par des personnes non expérimentées.

5. CONCLUSION

L'intoxication par les champignons, même ceux réputés non mortels, peut être grave et à évolution rapidement fatale. En raison de la méconnaissance de ce type d'intoxication, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique sont parfois retardés. Ce retard risque d'être à l'origine des conséquences graves notamment en cas d'intoxication phalloïdienne. Toute intoxication par des champignons nécessite une analyse des manifestations cliniques et biologiques et de leur évolution et si possible une identification du champignon en cause. En l'absence de traitement antidotique spécifique, l'identification du champignon ne doit pas retarder la prise en charge. En Tunisie le risque d'intoxication par les champignons est lié à une imprudence ou à une méconnaissance des espèces des champignons toxiques. Des mesures préventives à prendre par les autorités sanitaires, pour réduire le risque d'intoxications par ces champignons sont nécessaires. ■

RÉFÉRENCES

- [1] VETTER J., « Toxins of amanita phalloïdes » *Toxicon* 1998; 36(1):13-24 .
- [2] BRONSTEIN AC, SPYKER DA, CANTILENA LR, GREEN JL, RUMACK BH, HEARD SE. 2007 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 25th Annual Report. *Clinical Toxicology*. 2008; 46: 927-1057.
- [3] SALVIUC P, FLESCH F, DANE V., « Intoxications par les champignons : syndromes majeurs », In: *Toxicologie-Pathologie professionnelle*. Encyl Med Chir. Paris: Elsevier SAS; 2003 [16-077-A-10, 10 p.].
- [4] STICKEL F, EGERER G, SEITZ HK., « Hepatotoxicity of botanicals », *Public Health Nutrition*, 2000; 3(2):113-124.
- [5] KLISNICK A, SORIANO C, STOLTZ A, SCHMIDT J, GAZUY, GUILLOT J, et al. « Syndrome para phalloïdien par ingestion de *Lepiota brunneoincarnata*. A propos d'un cas d'évolution favorable », *Reanim Urgences*, 2000;9:150-1.
- [6] DELACOURA H, FRITSCH N, ROCHE C, GENTILE A, TRAN-VAN D, GARDET V., « Intoxication phalloïdienne par consommation de *Lepiota brunneoincarnata* », *IBS*, 2009; 24: 50-5.
- [7] ESCUDIE L, FRANCOZ C, VINEL JP, MOUCARI R, COURNOT M, PARADIS V, SAUVANET A et al., « Amanita phalloïdes poisoning: Reassessment of prognostic factors and indications for emergency liver transplantation », *Journal of Hepatology*, 2007;46: 466-73.
- [8] BROUSSARD CN, AGGARWAL A, LACEY SR, POST AB, GRAMLICH T, HENDERSON JM et al., « Mushroom poisoning – from diarrhea to liver transplantation », *Am J Gastroenterol* 2001;96:3195-8.
- [9] DIAZ JH., « Syndromic diagnosis and management of confirmed mushroom poisonings », *Crit Care Med*, 2005;33:427-436.
- [10] RAMIREZ P, PARVILLA P, SANCHEZ-BUENO F, ROBLES R, PONS JA, BIXQUERT V, et al., « Fulminant hepatic failure after *Lepiota* mushroom poisoning », *J Hepatol*, 1993;19:51-4.
- [11] ROUX X., LABADIE P., MORAND C., FONTAINE B., COUTANT G., « Intoxication par *brunneoincarnata* : à propos de deux cas », *Ann Fran Anesth Rea*, 2008 ;27:450-2.
- [12] MAS A., « Mushrooms, amatoxins and the liver », *J Hepatol* 2005;42:166-219.
- [13] MEGARBANE B, DEYE N, BAUD F., « Foie toxique : mécanismes lésionnels et thérapeutiques pharmacologiques spécifiques », *Réanimation* 2007; 16 : 632-42.
- [14] HERRAEZ GARCIA J, SANCHEZ FERNANDEZ A, CONTRERAS SANCHEZ P., « Fatal *Lepiota brunneoincarnata* poisoning », *An Med Interna*, 2002 Jun;19(6):322-3.
- [15] PUIG HERNANDEZ A, CHUMILLAS CORDOBA C, CAMPRON DON CALVERAS J, DE FRANCISCO ENCISO E, FURIO MARCO MP, FERRAN MARTINEZ G. « *Lepiota brunneoincarnata* fatal intoxication », *An Med Interna*, 2001 Sep;18(9):481-2.
- [16] ENJALBERT F, RAPIOR S, NOUGUIER-SOULÉ J et al, « Treatment of amatoxin poisoning: 20-year retrospective analysis » *J Toxicol Clin Toxicol* 2002; 40:715-757.

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2011

UN AN / <i>ANNUAL SUBSCRIPTION</i>	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N ^{os}) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	253 €	314 €	304 €	367 €	157 €
Journal d'Économie Médicale (8 N ^{os})	197 €	243 €	235 €	285 €	121 €
Journal International de Bioéthique (4 N ^{os}) <i>International Journal of Bioethics</i>	142 €	177 €	171 €	208 €	—

Nom / *Name* Prénom / *First name*

Adresse / *Address*

Code postal / *Zip cod* Ville / *Town*

Pays / *Country*

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

« **Journal de Médecine Légale Droit Médical** » (bilingue) ☐

« **Journal d'Économie Médicale** » ☐

« **Journal International de Bioéthique** » (bilingue) ☐

Nombre d'abonnements

Number of subscriptions

Ci-joint la somme de / *Please find enclosed the sum of* €

à l'ordre des Éditions ESKA / *made payable to Éditions ESKA*

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / *Return your order and payment to* :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE

Analyse d'ouvrage

La 3^e édition de *L'indemnisation du dommage corporel*, œuvre du Docteur Vincent Dang-Vu, vient de paraître. Si on la compare à la 2^e édition, on peut affirmer que l'on est en présence d'un travail colossal puisque d'une part on passe d'un livre de 628 pages, format 21x15, à un livre de 1162 pages, format 24x15 ; et puisque d'autre part il propose avec son éditeur, L'Harmattan, un sectionnement en 6 livres correspondant chacun aux grandes subdivisions suivantes :

- Généralités, l'invalidité, l'inaptitude au travail et le contentieux de la Sécurité Sociale
- Les accidents du travail et les maladies professionnelles
- Les allocations aux adultes handicapés et la carte d'invalidité
- L'indemnisation des accidents de la voie publique
- Assurances de personnes, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux
- Les victimes du terrorisme, les pensions militaires d'invalidité.

Chacun selon sa spécialité y trouvera l'état de la législation française correspondante et l'aide à la décision souhaitée.

Cependant, le Docteur V. Dang-Vu lui-même reconnaît que son ouvrage n'a pas la prétention d'être parfait ni exhaustif et qu'il ajoutera à sa liste des LIENS INTERNET, dans la prochaine édition, celui-ci [<http://logipp.free.fr>] qui donne la solution au problème de la détermination du taux médical d'une IPP complexe en respectant le principe éthique « *A déficit égal, taux d'IPP égal* ».

Docteur Maurice Camhi

*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.

© 2010 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1762-0

Printed in Spain