

# SOMMAIRE — CONTENTS

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

2012 – VOL. 55 – N° 8

## ÉDITORIAL

Responsabilité pénale du psychiatre et prévention de l'homicide pathologique, **p. 399**  
 M. BÉNÉZECH, A. BARATTA

*Criminal responsibility of the psychiatrist and prevention of pathological homicide*

## ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

- La décapitation criminelle. À propos de trois observations à l'Institut Universitaire de Médecine  
 Légale de Lyon, France,  
 P. VACHER, M. BARBESIER, T. GUINET, G. MAUJEAN, L. FANTON,  
 H. FABRIZI, D. MALICIER..... **405**  
*Criminal decapitation. About three cases at the Lyon's University Institute of Forensic Medicine  
 (France)*
- Le nomadisme médical,  
 T. TOUTIN, M. BÉNÉZECH..... **411**  
*Medical nomadism*
- Syndrome de Brugada et mort subite : intérêt de l'autopsie moléculaire,  
 Q. TIMOUR, D. MALICIER ..... **419**  
*Brugada syndrome and sudden death: Value of molecular post-mortem examination*
- Retard diagnostique dans le cancer du sein et responsabilité civile des médecins,  
 R. MISLAWSKI..... **427**  
*Delayed breast cancer diagnosis and medical liability*
- Le médecin coordonnateur dans l'injonction de soins... réflexions et partage d'expériences,  
 P.-M. DANG-VU, V. DANG-VU, C. COTTIN, J.-Y. GUIROY, F. NOUHET, P. CEZERA..... **436**  
*Co ordinating physician in care injunction: Considerations and shared-experiences*
- L'expertise psychiatrique pénale : à propos de 169 cas,  
 L. ZOUARI, I. FEKI, J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, M. MAÂLEJ..... **441**  
*Forensic psychiatric expertise: About 169 cases*

Bulletin d'abonnement 2013 / *Subscription form 2013*, page 404  
 Recommandations aux auteurs / *Instructions to Authors*, couv. 3

# LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Jean TRÉDANIEL

Qu'y a-t-il de commun entre la doxorubicine et l'adriamycine ? Pourquoi les dérivés du platine ont-ils des indications si différentes ? Les anticorps monoclonaux ont-ils évincé les cytotoxiques ? Qu'est-ce qu'un antibiotique anticancéreux ?

C'est l'objet de ce livre que de répondre à ces questions et à toutes celles que soulève le côtoiement des médicaments des cancers. Pour cela, il fallait commencer par les classer les uns par rapport aux autres. Chaque produit est ensuite envisagé sous l'angle de ses indications officielles, validée par une Autorisation de Mise sur le Marché, puis de sa posologie, de son mode d'administration et des précautions qu'il est nécessaire de suivre avant de l'utiliser, des éventuelles résistances qu'il peut susciter et, enfin, des effets indésirables qu'il peut provoquer.

Alors que les traitements des cancers évoluent quasi quotidiennement, ce livre a pour ambition de permettre à un vaste public, spécialisé ou non, de naviguer plus aisément dans les méandres de ces différentes classes médicamenteuses.

Jean TRÉDANIEL est Professeur de Cancérologie à l'Université Paris Descartes. Il dirige l'unité de cancérologie thoracique du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph. Il est membre du Scientific Advisory Group – Oncology, de l'European Medicines Agency, qui examine les demandes d'autorisation de tous les nouveaux médicaments en cancérologie.



**Editions  
ESKA**

12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS  
Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

## BON DE COMMANDE

Je désire recevoir ..... exemplaire(s) de l'ouvrage : « **LES MÉDICAMENTS DES CANCERS** », par **Jean Trédaniel - CODE EAN 978-2-7472-1844-3** au prix de 35,00 € + 3,51 € de frais de port, soit ..... € x ..... exemplaires = ..... €

Je joins mon règlement à l'ordre des Editions ESKA :

☐ chèque bancaire :

☐ Carte Bleue Visa n° .....

Date d'expiration : .....

Signature obligatoire :

☐ Par virement postal aux Editions ESKA - Etablissement HSBC

n° de compte : 0750430871 - BAN : FR76 3005 6007 5007 5040 3087 184 BIC CCFRFRPP

Société / Nom, prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Pays .....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à l'adresse suivante :

EDITIONS ESKA – Contact : Catherine Duval - e-mail : catherine.duval@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris – Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

# Responsabilité pénale du psychiatre et prévention de l'homicide pathologique

Michel BÉNÉZECH<sup>1</sup>, Alexandre BARATTA<sup>2</sup>

## 1. INTRODUCTION

Les médias nationaux viennent de rendre compte de la condamnation pour homicide involontaire d'une femme psychiatre hospitalier à la suite de l'assassinat commis par l'un de ses patients. En date du 18 décembre 2012, le tribunal correctionnel de Marseille a en effet condamné le docteur X à un an d'emprisonnement avec sursis et à payer aux parties civiles les sommes de 7500 et 1000 euros. Le libellé intégral et nominatif de ce jugement a été porté à la connaissance du public sur le site <http://www.acg-avocat.com>

## 2. L'AFFAIRE

Madame X, médecin psychiatre, née en 1954, était prévenue d'avoir, notamment le 19 février 2004, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, involontairement causé la mort de Monsieur Y en créant ou contribuant à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage (l'homicide) et en omettant de prendre les

mesures permettant de l'éviter, en commettant des fautes caractérisées qui exposaient la victime à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer (en l'occurrence son assassinat par Monsieur Z), en refusant de poser le moindre diagnostic de maladie mentale à l'égard de Z, privant ainsi ce dernier de soins adaptés, alors même qu'un diagnostic de schizophrénie paranoïde avait été arrêté par l'ensemble des experts et psychiatres ayant eu à l'examiner, en ne prenant aucune disposition effective pour ramener à exécution de manière contraignante la mesure d'hospitalisation d'office de Z alors même qu'elle disposait des moyens en personnel pour le faire, alors que ce patient avait multiplié par le passé des manifestations de dangerosité croissante, qu'elle avait été alertée par la famille d'un risque de passage à l'acte dans le cadre d'un conflit familial et qu'enfin son patient avait été hospitalisé dans un service d'urgence pour une blessure à l'arme blanche dans des conditions particulièrement troubles.

La victime, Monsieur Y, qui vivait avec la grand mère de Monsieur Z, avait été tuée à coups de hache le 9 mars 2004 devant son domicile par Z qui avait quitté sans autorisation l'établissement hospitalier depuis le 19 février 2004. Le crime était prémédité. L'information ouverte à l'encontre de l'auteur de cet

1. Psychiatre, légiste, criminologue, Conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale – [michel.benezech@gmail.com](mailto:michel.benezech@gmail.com)

2. Psychiatre à l'Unité pour malades difficiles de Sarreguemines, Expert près la Cour d'appel de Metz – [alexandrebaratta@aol.com](mailto:alexandrebaratta@aol.com)

homicide avait été clôturée par une ordonnance de non-lieu du 5 janvier 2005. La famille de la victime, dans leur plainte avec constitution de partie civile en date du 24 janvier 2008, faisait valoir « que la dangerosité délirante et manifeste » de Z était établie et connue et que malgré tout son régime d'hospitalisation d'office avait été aménagé, que des sorties et des congés d'essai avaient été accordés, que même il était question d'envisager la mainlevée des soins sous contrainte et qu'ainsi ceux qui avaient proposé des aménagements pour ce patient devaient répondre de leur responsabilité pénale. Le magistrat instructeur n'avait retenu de charges que contre le docteur X.

### 3. LA DANGÉROSITÉ DU PATIENT Z

Il est nécessaire de rappeler ici les antécédents médico-légaux de Monsieur Z, né en 1969, avant le passage à l'acte homicide dont il est l'auteur courant 2004. Nous les synthétiserons d'après le jugement de condamnation :

- ✓ premiers troubles mentaux et début de la consommation de cannabis en 1996 avec aggravation en 1999 (décès du père) et 2000 (licenciement) ;
- ✓ hospitalisation d'office du 10 février 2000 pour entrée par effraction et agressions à l'arme blanche sur l'un de ses amis et le gardien de l'immeuble (constatations psychiatriques : décompensation délirante, persécution, préjudice, crainte d'agression homosexuelle, réticence, contact distant et froid, pas de dissociation, dangerosité, hospitalisation d'office) ;
- ✓ faits de dégradation grave du bien d'autrui commis le 2 février 2000 (expertise pénale : processus de nature psychotique, troubles de la personnalité, irresponsabilité) ;
- ✓ après des permissions de sortie et des sorties en congé d'essai, sortie définitive du patient le 28 juillet 2000 à la demande de la psychiatre X ;
- ✓ hospitalisation d'urgence à la demande d'un tiers (la sœur de Z) du 20 septembre 2000 pour des troubles graves du comportement en milieu familial (constatations psychiatriques : syndrome délirant paranoïde, persécution et influence, angoisse psychotique majeure, impulsions agressives vis-à-vis de l'entourage, arrêt par le patient de son traitement médicamenteux) ;
- ✓ après une sortie avec congé d'essai, sortie définitive le 20 novembre 2000 sur certificat de la psychiatre X ;
- ✓ hospitalisation d'office du 6 janvier 2001 suite à une interpellation sur un toit, Z étant agité et blessé au cuir chevelu, tenant des propos incohérents, et s'étant montré violent sur un policier (constatations psychiatriques : rupture de traitement et de suivi, intuition délirante brutale, minimisation des faits, détachement et froideur, réticence, délire sous-jacent, déni des troubles, potentiel de dangerosité) ;
- ✓ après un congé d'essai, sortie définitive du patient le 2 avril 2001 à la demande de la psychiatre X (adhésion aux soins, perçoit le caractère pathologique de ses actes, ne présente pas de dangerosité psychiatrique) ;
- ✓ hospitalisation d'office du 28 septembre 2001, suite à une incarcération avec placement en SMPR après agression d'un co-détenu, pour tentative d'assassinat, vol, dégradation et destruction, Z ayant entre autres le 26 mai 2001 frappé la nuit sur le crâne à coups de barre de fer un homme, blessé ses proches qui le défendaient et vraisemblablement incendié un véhicule et une grange (expertise pénale : réticence, psychose chronique schizophrénique, épisode fécond délirant à thèmes persécutifs et sexuels, dangerosité psychiatrique avérée, potentialité hautement criminogène, irresponsabilité, orientation vers une unité pour malades difficiles) ;
- ✓ le 22 mai 2002, rapport d'expertise à la demande du préfet, la psychiatre X ayant sollicité une sortie d'essai (expertise administrative : froideur, réticence, déni, angoisse, banalisation, état dangereux identique, aucun travail thérapeutique véritable, traitement antipsychotique insuffisant, escalade de passages à l'acte de gravité croissante, prise en charge souhaitable par une autre équipe, avis défavorable à la sortie d'essai) ;
- ✓ nouvelle expertise par le même psychiatre le 28 mars 2003 pour une raison identique (expertise administrative : prise de conscience du caractère dangereux des actes, assouplissement de la carapace de froideur affective, avis favorable à des sorties régulières de courte durée pendant six mois) ;

- ✓ en juillet 2003, agression sur un autre patient ayant nécessité le réaménagement du traitement et la contention en chambre fermée ;
- ✓ retour du patient dans l'établissement d'hospitalisation le 19 février 2004 suite à une plaie par couteau à la main gauche ayant nécessité une intervention chirurgicale ;
- ✓ le même jour, au cours de l'entretien avec la psychiatre X, Monsieur Z s'enfuit de l'établissement vers 14h, refusant d'être ré-hospitalisé d'office temps plein par révocation du congé d'essai de longue durée ;
- ✓ un avis de recherche est transmis vers 17h par télécopie aux services de police et à la DDASS, sans mention de la dangerosité particulière du patient.

Au regard de la nature des faits reprochés au médecin psychiatre X, le magistrat instructeur ordonne une expertise judiciaire par un psychiatre agréé par la Cour de cassation. Dans son rapport déposé le 16 février 2009, cet expert conclut que les premiers troubles mentaux de Monsieur Z remontent à 1996 avec début de la consommation de cannabis et que le diagnostic de schizophrénie paranoïde avec forte dangerosité et déni des troubles a été établi de manière concordante à partir de janvier 2000. Il ajoute que le docteur X, ne considérant pas Z comme atteint de maladie mentale, ne lui a pas donné les soins nécessaires alors que ce patient psychotique chronique avec dangerosité psychiatrique persistante nécessite toujours un traitement neuroleptique retard à dose élevée. Il remarque enfin qu'il est très difficile pour un secteur psychiatrique classique de traiter au long cours de tels malades.

Un complément d'expertise ayant été demandé au même expert, celui-ci, dans son rapport du 12 juin 2009 et après avoir pris connaissance des déclarations du docteur X, confirme ses conclusions antérieures : la psychiatre traitante a banalisé les actes médico-légaux et les divers « incidents » perpétrés par son patient, n'a pas reconnu de façon constante sa pathologie psychotique et sa dangerosité, ne l'a pas suffisamment observé cliniquement au cours des hospitalisations, ne lui a pas prescrit un traitement neuroleptique adapté. Il souligne « que si la relation de confiance était indispensable » elle pouvait « quelquefois n'être qu'une illusion ». L'expert rappelle encore les recommandations officielles consacrées aux stratégies thérapeutiques dans les psychoses schizophréniques.

#### 4. LA DÉFENSE DU DOCTEUR X

Dans une note déposée au juge d'instruction en date du 14 décembre 2009, la psychiatre a présenté diverses observations que nous résumons :

- ✓ elle admet ne pas avoir pu établir clairement le diagnostic de schizophrénie mais soutient avoir pris en compte les « avertissements cliniques des collègues » en instaurant des traitements antipsychotiques oraux ;
- ✓ elle réfute le caractère probant des documents scientifiques invoqués par l'expert judiciaire ;
- ✓ elle rappelle qu'elle pratique la psychiatrie hospitalière depuis une trentaine d'années et qu'elle utilise les neuroleptiques à action prolongée (NAP) quand elle pense que cela peut favoriser les soins et l'amélioration clinique du patient ;
- ✓ elle souligne que l'utilisation des NAP n'empêche pas les rechutes délirantes ;
- ✓ elle fait valoir que l'évaluation de l'état clinique est le principal indicateur des rechutes éventuelles ;
- ✓ elle précise que « les soins psychiatriques ne se limitent pas au traitement médicamenteux et que la prise en charge relationnelle est tout aussi importante que la chimiothérapie dans la prévention des rechutes et de la dangerosité » ;
- ✓ elle insiste sur la nécessaire relation de confiance avec le patient, sur une relation thérapeutique fréquente et régulière qui peut être altérée par la prescription de NAP ;
- ✓ elle soutient donc avoir fait les choix thérapeutiques adéquats et que Z n'est pas passé à l'acte tant qu'il a été en relation thérapeutique.

#### 5. L'ARGUMENTATION DU TRIBUNAL

Le docteur X a été chargée de soigner Monsieur Z de février 2000 à février 2004. Le tribunal constate que cette période de quatre ans a été marquée par une succession d'échecs dont il rend responsable la psychiatre traitante. Reprenant les arguments à charge précédemment mentionnés, il remarque l'inadéquation entre la gravité de l'état mental réel de Z et la conduite thérapeutique adoptée, et ceci sans que l'enchaînement des actes médico-légaux ne vienne modifier l'appré-



ciation du docteur X qui persistait dans sa pratique sans rien changer à ses choix thérapeutiques. Il considère que l'attitude de cette dernière confine à l'aveuglement, négligeant les avis multiples et convergents de ses confrères en tous genres, chef de service compris, sous-estimant les antécédents et la dangerosité du patient et obtenant la transformation des sorties d'essai de courte durée en congé d'essai de longue durée lors de l'hospitalisation d'office précédant l'homicide.

Le tribunal remarque encore que rien de sérieux n'a été fait par l'institution hospitalière pour retenir physiquement Z lors de son départ sans autorisation le 19 février 2004 et pour le réintégrer par la suite. Il résulte que le docteur X « s'est arc-boutée sur ses convictions et a décidé, quelques aient été les événements et les alertes, de ne rien modifier à sa pratique en créant ou contribuant à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage. » Les multiples manquements qui lui sont reprochés sont constitutifs de fautes caractérisées à l'origine de l'errance du patient, de la fuite de l'établissement puis du passage à l'acte qui a conduit à l'assassinat de Monsieur Y.

## 6. RÉFLEXIONS MÉDICO-LÉGALES

Cette affaire appelle indiscutablement un certain nombre de remarques sur les plans déontologique, criminologique et clinique. Rappelons d'abord que tout malade, quelles que soient sa pathologie et la connaissance ou la conscience qu'il puisse en avoir, a le droit d'avoir des soins consciencieux, dévoués, fondés sur les données acquises de la science, le médecin devant se faire aider s'il y a lieu par des tiers compétents (article R. 4127-32 du Code de la santé publique). Rappelons en outre que le médecin a l'obligation d'élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant des méthodes scientifiques les mieux adaptées et s'il y a lieu de concours appropriés (article R.4127-33 du même code).

Les antécédents médico-légaux de Monsieur Z nous interrogent également. Pendant une période de quatre ans, et sans inclure l'homicide terminal, ce patient a cumulé une tentative d'assassinat, plusieurs agressions à l'arme blanche, très probablement un ou deux incendies volontaires, des dégradations de biens, une effraction de domicile, un ou plusieurs vols, des troubles du comportement en milieu familial, carcéral (agression d'un co-détenu) et hospitalier (agression d'un autre malade, fugue). Ceci bien entendu pour les seuls faits

connus des autorités. Il en est résulté quatre hospitalisations sans consentement (trois d'office et une à la demande d'un tiers), deux non-lieux psychiatriques, une incarcération avec placement en SMPR. Par ailleurs, sur le plan clinique, nous avons affaire à un homme dans la force de l'âge (31 ans en 2000, 35 en 2004), schizophrène chronique au vécu délirant persécutif, de préjudice et sexuel. Les experts l'ayant examiné on noté son contact distant et froid, sa réticence, son déni ou son « amnésie » (?) des faits antisociaux, son opposition au traitement et sa rupture thérapeutique dès qu'il en a la possibilité hors de l'institution, d'où de nouveaux épisodes féconds délirants. Il ne faut pas oublier qu'il était en plus consommateur de cannabis, produit dont on connaît les effets psychotisants.

Monsieur Z présentait donc des prédicteurs majeurs de dangerosité. Il cumulait en effet :

- ✓ sexe masculin, dans la trentaine (âge moyen du passage à l'acte homicide des schizophrènes) ;
- ✓ antécédents graves de violences contre les personnes et les biens, menaces ;
- ✓ usage de produits stupéfiants ;
- ✓ vécu psychotique délirant à thématique persécutrice et sexuelle ;
- ✓ absence d'insight, déni des troubles, méfiance dans les modalités relationnelles, réticence à verbaliser et aux soins ;
- ✓ minimisation, déni ou amnésie alléguée des actes médico-légaux ;
- ✓ traitement neuroleptique quotidien ou retard à dose insuffisante et uniquement par voie orale.

Nous avons soumis ce cas à une évaluation actuelle, avant la réalisation de l'homicide, à l'aide de la VRAG (*Violence Risk Appraisal Guide*). Il s'agit d'un instrument d'évaluation du risque de violence qui comprend 12 items. La cotation a été réalisée sur la base des éléments disponibles dans le libellé du jugement du docteur X. Certaines données n'étant pas à notre disposition (comportement scolaire, consommation d'alcool), la cotation s'est faite dans une « hypothèse basse » (éléments absents considérés comme négatifs). Dans cette hypothèse basse, le patient Z se classe dans la catégorie VRAG 5, ce qui le situe en risque « moyen ». Ainsi, en dehors de toute poussée délirante aiguë et avant l'assassinat de 2004, Z appartient à une catégorie de population dont la probabilité de récurrence violente est de 35% dans les 7 ans et de 48% à 10 ans.

Bien entendu, ce résultat ne tient pas compte des éléments dynamiques, tels qu'un épisode fécond délirant lié à une rupture de traitement ou une consommation de cannabis, facteurs comorbides qui majorent très nettement le risque théorique obtenu.

## 7. CONCLUSION

Bien sûr le médecin n'a en général qu'une obligation de moyen et non pas de résultat, bien sûr la psychiatrie n'est pas une science exacte, bien sûr prédire l'avenir médico-légal est aléatoire, bien sûr nos établissements publics consacrés aux malades mentaux manquent de personnels et de locaux, bien sûr les connaissances professionnelles de la majorité des psychiatres de notre pays n'ont pas été actualisées à propos de l'évolution des techniques modernes d'aide à l'évaluation de la dangerosité et de la récidive criminelle. Malgré tout, cette décision de justice est-elle excessive, illogique, choquante, immorale dans le cas présent ? Le psychiatre d'exercice public peut-il igno-

rer une pathologie psychotique évidente et faire fi de multiples et graves antécédents de violence à l'origine d'expertises judiciaires et administratives, de placements sous contrainte et de non-lieux ?

Rappelons par ailleurs la Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2011 à propos de la dangerosité psychiatrique : « *Travailler à la réduction du risque de violence, c'est accomplir un acte éminemment médical. Refuser de mettre en œuvre les meilleures pratiques en matière de prévention, c'est au contraire exposer les patients concernés à des conséquences désastreuses tant pour leurs victimes que pour eux-mêmes... En tant que profession médicale, il est de la responsabilité des psychiatres de pouvoir répondre aux deux questions suivantes : quel est le risque associé à une situation clinique donnée et comment le réduire ?* » L'on sait maintenant que pour évaluer correctement l'auteur de faits antisociaux graves, il faut prendre en compte une centaine d'items, ce qui nécessite beaucoup de disponibilité et de temps. Combien de psychiatres hospitaliers peuvent et savent faire cela ? ■

## ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2013

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	Normal	Institution	Normal	Institution	
<b>Journal de Médecine Légale Droit Médical</b> (6 N° + 2 suppl.) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	266 €	330 €	319 €	386 €	165 €
<b>Journal de Gestion et d'Économie Médicales</b> (6 N° + 2 suppl.)	207 €	246 €	247 €	299 €	127 €
<b>Journal International de Bioéthique</b> (4 N°) <i>International Journal of Bioethics</i>	149 €	186 €	180 €	219 €	—
<p align="center"><b>Adresse de paiement à l'ordre de / Please, send your order and payment to :</b>  <b>Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, France</b></p>					
<p>Les abonnements sont mis en service dans un délai maximum de quatre semaines après réception de la commande et du règlement /  <i>Subscriptions begin 4 weeks following receipt of payment.</i></p> <p>Les abonnements partent du premier numéro de l'année / <i>Subscriptions begin with the first issue for calendar year.</i></p> <p>Les réclamations pour les numéros non reçus doivent parvenir dans un délai maximum de six mois / <i>Claims may be submitted to the publisher for missing issues for a period of six months after publication of each individual issue.</i></p>					
<p>Numéros séparés de l'année et volumes antérieurs / <i>Back issues and volumes</i>  (jusqu'à épuisement du stock) :</p> <p><b>Éditions ESKA</b>  <b>12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS, France</b>  <b>Tél. 01 42 86 55 65 – Fax 01 42 60 45 35</b></p>					



### BULLETIN D'ABONNEMENT 2013 / SUBSCRIPTION FORM 2013

Nom / Name ..... Prénom / First name .....

Adresse / Address .....

Code postal / Zip Code ..... Ville / Town ..... Pays / Country .....

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

« Journal de Médecine Légale Droit Médical » ☐

« Journal de Gestion et d'Économie Médicales » ☐

« Journal International de Bioéthique » ☐

Nombre d'abonnements   
*Number of subscriptions*

Ci-joint la somme de / *Please find enclosed the sum of* ..... €  
à l'ordre des Éditions ESKA / *made payable to Éditions ESKA*

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

**Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :**

**Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE**





# **La décapitation criminelle**

## **À propos de trois observations à l'Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon, France**

**P. VACHER<sup>1</sup>, M. BARBESIER<sup>1</sup>, T. GUINET<sup>1</sup>, G. MAUJEAN<sup>2</sup>, L. FANTON<sup>3</sup>,  
H. FABRIZI<sup>3</sup>, D. MALICIER<sup>4</sup>**

### **RÉSUMÉ**

Les cas de décapitation criminelle, associés ou non à d'autres mutilations, sont rares en pratique médico-légale et peu abordés dans la littérature. Jusqu'à présent, les différents aspects médico-légaux en rapport avec ce mode opératoire ont été développés séparément. Nous rapportons ici trois cas autopsiés à l'Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon entre 2003 et 2009. Nous aborderons la typologie de ces décapitations puis développerons le rôle prépondérant du médecin légiste dans la détermination de la cause de la mort et de la nature ante ou post mortem du démembrement mais également dans l'établissement des caractères techniques de l'arme utilisée, voire dans l'élaboration du profil psychologique de l'auteur des faits.

**Mots-clés :** Médecine Légale, Décapitation, Homicide, Démembrement, Egorgement.

- 
1. PHC, Médecin Légiste, Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon, 12 Avenue Rockefeller, 69008 Lyon.
  2. AHU, Médecin Légiste, Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon, 12 Avenue Rockefeller, 69008 Lyon.
  3. PH, Médecin Légiste, Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon, 12 Avenue Rockefeller, 69008 Lyon.
  4. PU-PH, Médecin Légiste, Directeur de l'Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon, 12 Avenue Rockefeller, 69008 Lyon.

**SUMMARY****CRIMINAL DECAPITATION****ABOUT THREE CASES AT THE LYON'S UNIVERSITY INSTITUTE OF FORENSIC MEDICINE (FRANCE)**

*Criminal decapitation's cases associated or not with other mutilations are rare in forensic practice and rarely developed in the literature. So far, the various forensic aspects related to this process were observed separately. We report three cases autopsied at the Lyon's University Institute of Forensic Medicine between 2003 and 2009. We discuss the typology of these dismemberments and develop the key role of the Forensic Pathologist in determining death's cause and ante or post mortem nature of wounds but also in technical characters of weapon used, or in the reflection about the psychological profile of the perpetrator.*

**Keywords:** Legal Medicine, Decapitation, Crime, Dismembrement, Throat-cutting.

**INTRODUCTION**

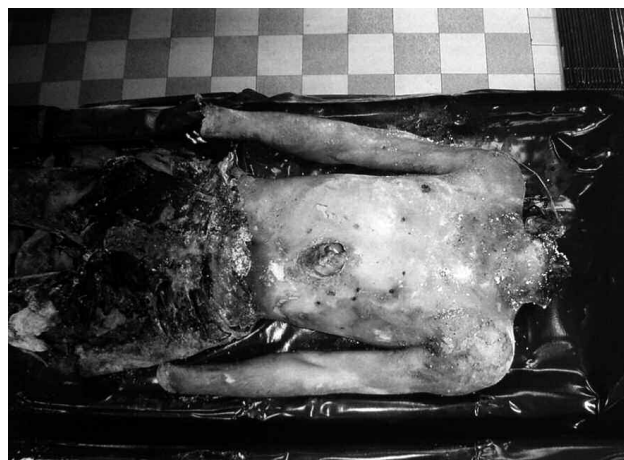
La décapitation est un mode opératoire peu répandu dans les affaires criminelles. Rydzek et al. [1] relevaient ainsi 5 à 8 cas par an en Pologne entre 1950 et 1982 pour une population de plus de 25 millions d'habitants en 1950.

La littérature scientifique consacrée à cette problématique est pauvre. Ainsi, Konopka et al. [2] et Rajs et al. [3] ont décrit 43 cas de décapitation/démembrement criminel dans 2 études distinctes. Ziemke et al. [4], Püschel et al. ainsi que Koops et al. [5, 6] ont par ailleurs proposé une classification typologique des mutilations. Reichs [7] a analysé l'intention du criminel et les lésions selon le type d'arme employé.

Nous rapportons ici trois cas de décapitation criminelle autopsiés à l'Institut Universitaire de Médecine Légale de Lyon entre 2003 et 2009. Après avoir décrit leur typologie, nous insistons sur l'intérêt de la réalisation d'investigations médico-légales complètes dans la manifestation de la vérité.

**PREMIÈRE OBSERVATION**

En octobre 2003, le corps altéré d'un homme sans tête ni mains était découvert par des promeneurs.



L'examen externe objectivait de nombreuses lésions traumatiques associant des brûlures étendues (couvrant

80% de la surface corporelle et associant des brûlures profondes et superficielles), ainsi que des signes de macération et des plaies étoilées thoraciques et abdominales compatibles avec l'utilisation d'un instrument piquant de type tournevis. Les plaies de démembrement étaient mâchées et les vêtements étaient déchiquetés au niveau du col et des poignets. La section de décapitation était oblique, laissant la branche droite de la mandibule rattachée à la région cervicale.

L'autopsie permit de déterminer que les plaies de démembrement, aux berges déchiquetées, ne présentaient aucun signe de vitalité. Les plaies thoraco-abdominales présentaient des berges hémorragiques. Elles avaient été réalisées ante-mortem, avec un tournevis. 13 de ces plaies étaient associées à des lésions organiques pulmonaires et hépatiques.

Des prélèvements cutanés réalisés au niveau des brûlures permirent de mettre en évidence des hydrocarbures et des résidus d'origine caustique.

Les analyses toxicologiques montraient une forte concentration de morphine (840ng/ml).

Le décès fut rattaché à une déplétion sanguine majeure secondaire à des plaies pulmonaires et hépatiques. La mutilation fut considérée comme post-mortem de même que la tentative de carbonisation aux hydrocarbures, l'immersion prolongée et le recouvrement du corps par de la chaux.

L'expertise odontologique du fragment de mandibule permit d'identifier la victime. Il s'agissait d'un individu de sexe masculin, âgé de 35 ans, ayant des antécédents judiciaires.

L'enquête de police fut orientée vers un règlement de compte, mais les auteurs ne furent pas retrouvés.

## DEUXIÈME OBSERVATION

En juin 2008, une femme de 56 ans était retrouvée démembrée et décapitée dans un appartement suite au signalement par le locataire des lieux, qui déclarait avoir découvert le corps en rentrant chez lui.

Le tronc était disposé dans la baignoire. La tête était retrouvée au sol dans la cuisine, dans un sac plastique. Les membres supérieurs, les fémurs et les jambes se trouvaient dans le réfrigérateur, tandis que les masses musculaires du fessier et des cuisses étaient découvertes dans le congélateur. Sur place, étaient éparpillés les vêtements de la victime, déchirés.



L'examen des lieux au Luminol® retrouvait d'importantes projections de sang sur les murs. Un couteau à lame effilée était retrouvé dans la cuisine, ainsi que d'autres instruments piquants et tranchants.

L'examen externe du corps montrait la présence de nombreux signes asphyxiques (hémorragies conjonctivales bilatérales, pétéchies sous-orbitaires), ainsi que d'importantes lésions traumatiques associant ecchy-



moses diffuses, lésions traumatiques récentes des organes génitaux externes et dix-huit plaies thoraciques compatibles avec des lésions générées par l'usage d'une arme blanche.

L'autopsie confirmait la présence de violences sexuelles ainsi que la nature ante mortem des plaies thoraciques. Les masses musculaires péri-trachéales présentaient des suffusions hémorragiques diffuses de manière bilatérale. Des fractures étaient constatées au niveau des cornes de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde.

L'examen des plaies de démembrement montrait des berges irrégulières, sans infiltration hématique. La plaie de décapitation présentait une section irrégulière au niveau de la trachée et une section régulière au niveau du rachis entre C4 et C5. Il existait également une dépression linéaire à la face antérieure du corps vertébral de C5, compatible avec une lésion d'essai ou un ripage de l'arme. La désarticulation intéressait les épaules, les coudes, les genoux et les hanches.

Le décès de cette femme fut rattaché à une asphyxie mécanique par strangulation, précédée de violences sexuelles et suivie d'un démembrement post-mortem.

Les prélèvements génétiques réalisés sur le corps de la victime permirent de confondre le locataire qui fut condamné à 30 ans de réclusion criminelle par la Cour d'Assises.

### TROISIÈME OBSERVATION

Une nuit d'avril 2009, un homme contactait la police pour signaler des cris suspects dans son immeuble. Le lendemain, un sexagénaire était découvert décapité à son domicile. Dans l'appartement, deux couteaux de cuisine maculés de sang étaient retrouvés.

A l'examen externe, le corps de la victime présentait de nombreuses lésions de défense au niveau des avant-bras et des mains. Au niveau du cou, il existait une section de décapitation complète passant entre C1 et C2. Sur le rachis cervical, 8 dépressions linéaires horizontales et parallèles entre elles, compatibles avec des plaies d'essai ou des ripages, étaient observées. Les berges étaient déchiquetées et présentaient des plaies de refend verticales.

A l'autopsie aucune autre lésion vitale n'était constatée. Le décès fut rattaché à un égorgement rapidement suivi de la décapitation.



L'enquête s'orienta vers un voisin qui avoua rapidement le crime. Il y aurait eu lutte lors de l'égorgement. Le premier couteau aurait cédé. L'agresseur aurait alors abandonné sa victime agonisante afin de se procurer un second couteau. Il aurait ensuite désolidarisé la tête du tronc, en faisant céder le rachis par une manœuvre de rotation de la tête qu'il aurait ensuite jeté dans le vide-ordure. Celle-ci ne fut jamais retrouvée.

Le meurtrier présumé, placé en détention provisoire en cellule d'isolement, se pendit peu avant le procès.

### DISCUSSION : MÉDICO-LÉGALE

La décapitation criminelle est un phénomène rare, comme en témoignent ces 3 cas recensés sur une période de 10 ans dans un Institut de Médecine Légale pratiquant environ 800 autopsies par an. La littérature consacrée à ce sujet est également très pauvre.



Plusieurs typologies de ce mode opératoire ont toutefois été proposées dans la littérature.

Reichs a ainsi étudié l'intention du criminel dans le recours à cette pratique [7]. Selon cet auteur, le criminel peut être motivé par un souci de facilitation du transport du corps et de dissimulation de celui-ci, le démembrement intéressera alors l'ensemble du corps. Mais le criminel peut également chercher à masquer ou à retarder l'identification de sa victime, opérant ainsi un démembrement ciblé sur des zones anatomiques spécifiques comme la tête et/ou les mains.

Symes [8]) a par ailleurs soulevé l'hypothèse d'un lien entre le choix d'un tel *modus operandi* et l'existence chez l'auteur des faits, d'une répugnance vis-à-vis de sa victime voire d'un mépris absolu de l'Homme.

Dès 1918, Ziemke [4] définissait deux types de mutilation : la mutilation défensive ayant pour intention de dissimuler le corps et/ou son identité, et la mutilation offensive visant à masquer la cause du décès résultant d'une pulsion meurtrière.

Püschel et Koops [5, 6] amélioraient cette classification en y ajoutant deux catégories. D'une part, la mutilation agressive, motivée par l'outrage ressenti par l'agresseur, qui intéresse la face et les organes génitaux. D'autre part, la mutilation nécro-maniaque, qui est caractérisée par le prélèvement d'une partie du corps de la victime qui sera conservée comme trophée par l'auteur des faits.

Considérant ces typologies, il serait possible de rattacher notre 1<sup>re</sup> observation à une mutilation défensive, mutilation la plus fréquemment rencontrée. L'auteur des faits aurait ainsi cherché à dissimuler l'identité de sa victime et procédé à un démembrement ciblé empêchant non seulement une identification visuelle par la décapitation mais également une identification par les empreintes digitales en sectionnant les mains).

Concernant notre 2<sup>e</sup> observation, il s'agissait d'un cas de mutilation offensive. En effet, la présence de multiples plaies thoraciques par arme blanche venait occulter un mécanisme de décès par asphyxie mécanique qui évoquait une pulsion meurtrière. De plus l'existence de violences sexuelles est fréquemment rapportée dans ce type de démembrement.

Enfin notre 3<sup>e</sup> observation était plus complexe à rapprocher de cette classification, du fait de la décapitation isolée. Cependant, la succession rapide de l'égorgeage et de la décapitation semblerait traduire une mutilation agressive.

Cette classification présente un intérêt majeur dans l'orientation de l'enquête par la détermination de l'intention de l'auteur voir l'établissement d'un début de profil psychologique. Il est donc important de noter lors de la levée de corps les caractéristiques des lésions de démembrement, leur siège et l'association à d'autres signes de violence. Par ailleurs, il est primordial de préserver l'intégrité de ces lésions de manière à limiter les artéfacts pouvant résulter du transport du corps. A l'autopsie, il est fondamental de distinguer les lésions ante et post mortem en réalisant dans ce but des prélèvements des berges et du fond à visée anatomo-pathologique. Par ailleurs, l'examen précis de ces plaies et de leurs berges permettra d'identifier les caractères techniques de l'arme utilisée.

Reichs a réalisé une analyse portant sur la profondeur, la taille, la largeur et l'aspect des lésions provoquées par différents types d'armes [7]. Pour cet auteur, l'aspect des plaies d'essai, ripages et faux départ était très informatif. Ainsi, la tronçonneuse occasionnera une plaie plus large que la chaîne, de section carrée avec des berges striées, accompagnée d'une perte de substance importante et de stries parallèles au fond de la plaie. Le couteau sera à l'origine d'une plaie mince, en forme de V, à bords nets, avec une faible perte de substance et des stries perpendiculaires au fond de la plaie. Toutefois, les caractéristiques d'une plaie peuvent être ininterprétables compte tenu de l'utilisation successive de plusieurs armes différentes.

## CONCLUSION

La décapitation est une pratique ancestrale, qui fut la méthode d'application de la peine capitale en France depuis l'élaboration du Code Pénal du 25 septembre 1791 [9] jusqu'en 1981. Cette mutilation n'est plus rencontrée aujourd'hui que dans de très rares cas d'homicides d'une extrême violence.

Afin d'en confondre l'auteur, il est essentiel de tout mettre en œuvre afin d'identifier la victime et de déterminer le type d'arme utilisée ainsi que le lieu des faits. La médecine légale, appuyée des examens complémentaires que sont la toxicologie, l'analyse A.D.N., l'anatomopathologie et l'imagerie, a donc un rôle prédominant dans ces affaires car en l'absence de preuves circonstancielles, les agresseurs, s'ils sont confondus, peuvent être acquittés. ■



**BIBLIOGRAPHIE**

---

- [1] RYDZEK T. Zabo'jstwa połączone z maskowaniem zwłok w s'wietle badan' (A murder combined with masking of corpse). *Arch Med Sadowej Kryminol.* 1984;34:89-105.
- [2] KONOPKA T, STRONA M, BOLECHAŁA F, KUNZ J. Corpse dismemberment in the material collected by the Department of Forensic Medicine, Cracow, Poland. *Legal Medicine.* janv 2007;9(1):1-13.
- [3] RAJS J, LUNDSTRÖM M, BROBERG M, LIDBERG L, Lindquist O. Criminal mutilation of the human body in Sweden – a thirty-year medico-legal and forensic psychiatric study. *J. Forensic Sci.* mai 1998;43(3):563-580.
- [4] ZIEMKE E. Ueber die kriminelle Zerstückelung von Leichen und die Sicherstellung ihrer Identität. *Vjschr gerichtl Med.* 1918;56:270-318.
- [5] PÜSCHEL K, KOOPS E. [Dismemberment and mutilation (1)]. *Arch Kriminol.* août 1987;180(1-2):28-40.
- [6] PÜSCHEL K, KOOPS E. [Dismemberment and mutilation (2)]. *Arch Kriminol.* oct 1987;180(3-4):88-100.
- [7] REICHS KJ, éditeur. Forensic Osteology: Advances in the Identification of Human, Second Edition. 2 Sub. Charles C. Thomas Publisher; 1998.
- [8] SYMES SA. Morphology of saw marks in human bone: identification of class characteristics. University of Tennessee, Knoxville; 1992.
- [9] Code Pénal (25 Septembre 1791) ; Première partie – Des condamnés ; Titre premier – Des peines en général ; Article 4.

# Le nomadisme médical

Thierry TOUTIN<sup>1</sup>, Michel BÉNÉZECH<sup>2</sup>

## RÉSUMÉ

Les auteurs étudient les différents aspects du nomadisme médical en France : fraude et escroquerie à la sécurité sociale, abus de médicaments et de produits stupéfiants, trafic de stupéfiants. Les professionnels de santé peuvent parfois être complices de ces abus de prescriptions médicales qui donnent lieu à des sanctions administratives et pénales.

**Mots-clés :** Addiction, Fraude sociale, Médicament, Nomadisme médical, Ordonnance médicale, Toxicomane, Sécurité sociale.

## SUMMARY

### *MEDICAL NOMADISM*

*The authors examine various aspects of medical nomadism in France: fraud and swindle to social security, medicine and drug abuse, drug trafficking. Health professionals can sometimes be complicit in the abuse of medications that give places to administrative and criminal sanctions.*

**Keywords:** *Drug addict, Drug addiction, Medical nomadism, Medicine, Prescription, Social fraud, Social security.*

---

1. Commandant de Police, Membre d'un Comité opérationnel départemental anti-fraude [1]

2. Psychiatre, légiste, criminologue, Conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale – michel.benezech@gmail.com

## 1. INTRODUCTION

Le nomadisme médical est une forme d'abus, pouvant évoluer jusqu'à la fraude, dont sont victimes les organismes d'assurance maladie. Il consiste à consulter de manière récurrente et itinérante des médecins et des officines de pharmacie dans le but d'obtenir indûment un volume de médicaments supérieur à la posologie autorisée ou prescrite. Il apparaît alors des chevauchements dans les périodes de prescription et de délivrance des médicaments, ce qui occasionne un préjudice au détriment des organismes sociaux. Ce type de comportement concerne à la fois le champ social et le champ pénal surtout lorsqu'il y a recours à des ordonnances surchargées, falsifiées, contrefaites, volées ou encore de complaisance. Les produits obtenus en grande quantité sont soit consommés par les abuseurs, soit revendus par les trafiquants-fraudeurs, soit les deux.

## 2. ABUSEUR, FRAUDEUR, ESCROC OU MALADE

### 2.1. Fraude sociale, abus, délit pénal

Dans le domaine du champ social, la fraude est une action de mauvaise foi, intentionnelle, dans le but de tromper ou de nuire aux intérêts d'autrui, visant à obtenir un avantage matériel ou moral injustifié. La Délégation nationale de lutte contre la fraude [2] précise que « *c'est une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques. Les finances publiques comprennent les recettes publiques, impôts, taxes, cotisations et contributions et les prestations sociales de toute nature, assurances, allocations et aides diverses* ». Pour le Code pénal, l'escroquerie, infraction similaire, consiste à faire usage d'un faux nom, d'une fausse qualité ou à employer toute manœuvre frauduleuse pour se faire remettre indûment des valeurs, de l'argent ou des objets mobiliers. La différence entre fraude et escroquerie réside donc dans le but visé. Le fraudeur cherche à obtenir un avantage, alors que l'escroc vise l'acquisition d'argent, de valeurs ou d'objets mobiliers. Quant à l'abus, c'est un usage excessif d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique au-delà d'un niveau acceptable, par incompétence, complaisance, négligence ou trouble mental : pathologie hypocondriaque, conduite addictive.

Dans le cadre du nomadisme médical, l'abuseur est celui qui consulte régulièrement et sans nécessité les médecins, même de spécialité identique. Une personne se rend chez un médecin, mais en désaccord avec son diagnostic ou sa prescription, ou tout simplement sans affinité avec ce praticien, va consulter à la suite un autre médecin. Elle sera plus ou moins bien remboursée par la sécurité sociale pour les deux consultations et obtiendra deux ordonnances différentes. L'existence d'un médecin référent en France n'exclut nullement en effet la possibilité d'aller consulter directement un autre praticien, généraliste ou spécialiste, la sanction étant seulement de nature financière. En Grande-Bretagne, où il existe depuis longtemps un praticien généraliste référent (General Practitioner), le patient est obligé de passer par lui, y compris s'il veut consulter un spécialiste. Ainsi l'abuseur agit par exagération, par excès de recours aux soins, par obstination pour obtenir soit des arrêts de travail, soit des prescriptions, alors que les fraudeurs agissent sciemment dans un but malveillant.

### 2.2. Modes opératoires

Ils sont variables surtout dans les formes aggravées de fraudes liées aux trafics de médicaments. Ils peuvent être de deux natures :

#### 2.2.1. Avec implication des professionnels de santé

Lorsque le médecin est complaisant, il n'y a pas de véritable acte médical. Il se contente de prescrire des ordonnances contre rémunération parallèle et ne transmet rien à quiconque. Les ordonnances ainsi obtenues permettent aux bénéficiaires de s'adresser à diverses pharmacies, lesquelles délivreront les médicaments demandés qui seront remboursés par l'organisme d'assurance maladie. Ce dernier sera simplement en mesure de contrôler si la quantité de médicaments remboursés est en adéquation avec la copie des ordonnances transmises par l'officine. Mais si le pharmacien est complaisant, les médicaments délivrés, suite à l'ordonnance de complaisance ou contre rémunération directement perçue par l'officine, ne feront l'objet d'aucune transmission à l'organisme payeur. Il n'y aura aucune possibilité de contrôle de la sécurité sociale dans ce cas. Seul le relevé annuel d'activité pourrait détecter d'éventuelles anomalies.

### 2.2.2. *Sans implication des professionnels de santé*

Le médecin prescripteur délivre sciemment et régulièrement des médicaments avec des chevauchements d'ordonnances, ce qui permet au patient d'obtenir des quantités importantes de produits sur un temps restreint. Ou encore, l'ordonnance sera dupliquée afin d'obtenir le plus de médicaments possible auprès de diverses pharmacies qui délivreront les produits en toute bonne foi. Autre possibilité, le patient va voir de nombreux médecins, lesquels délivrent chacun une ordonnance, ce qui permet au patient d'obtenir de multiples ordonnances couvrant une même période. Sont assimilées à cette pratique, les ordonnances falsifiées, fabriquées de toute pièce (établissement d'un faux) ou provenant d'ordonnanciers volés. Pour ne pas attirer l'attention des pharmaciens, le fraudeur-escroc se déplacera auprès de plusieurs officines de sa région pour se faire délivrer des produits qui seront remboursés par la sécurité sociale, branche maladie. Dans ces situations, les professionnels de santé ne sont *a priori* pas impliqués. Cependant, s'agissant de produits « sensibles » (antalgiques, psychotropes, dérivés morphiniques), ils doivent faire preuve d'une vigilance particulière, notamment s'ils ne sont pas le médecin traitant du patient.

### 2.2.3. *Critères d'ordonnances suspectes*

Certaines ordonnances portent des indicateurs d'abus et de pharmacodépendance. Ce sont les ordonnances volées, détournées, falsifiées ou de complaisance :

- ✓ ordonnances rédigées à partir d'une ordonnance volée ;
- ✓ ordonnances photocopiées, scannées, fabriquées sur ordinateur ;
- ✓ ordonnances modifiées par adjonction d'un médicament, modification de la posologie ou de la durée du traitement ;
- ✓ prescriptions anormales ne rentrant pas dans les situations précédentes (prescriptions de complaisance par exemple).

## 2.3. *Quelques exemples*

Pour illustrer notre propos, nous citerons en premier le cas de monsieur X. Cet assuré, déjà connu pour

falsification de nombreuses ordonnances, avait reconnu les faits dans une précédente affaire et remboursé les prestations indues. Mais il n'a pu s'empêcher de recommencer. Une enquête interne de l'organisme social permettra d'établir qu'il avait obtenu, en l'espace d'un an, des centaines de boîtes de zolpidem (Stilnox) auprès de plus de 500 officines et d'une quarantaine de prescripteurs différents. L'enquête démontrera aussi que la posologie recommandée pour ce produit est de 1 comprimé par jour. Ce médicament étant conditionné par boîtes de 14 comprimés, l'assuré aurait dû obtenir (si ce traitement était médicalement justifié) 2 boîtes par mois, soit 24 boîtes en un an. Or, dans le cas présent, le mis en cause en a obtenu plus de 1500 qui lui ont été délivrées sur cette même période. La notification des articles L. 315-1 et L. 315-2, relatifs au contrôle médical, du Code de la sécurité sociale a été adressée à l'assuré ainsi qu'à toutes les pharmacies et à tous les prescripteurs concernés par ce nomadisme forcené. Les faits ont démontré que cet individu avait rédigé de fausses ordonnances en utilisant de fausses identités pour se procurer ce médicament hypnotique et sédatif. L'enquête ne dit pas ce qu'il a fait ensuite dudit produit (consommation personnelle toxicomaniaque et/ou trafic ?).

La notion de nomadisme médical, pour le responsable de la cellule contre les fraudes sociales à la brigade de répression de la délinquance astucieuse de la préfecture de police de Paris [3], comprend « Les fraudes commises par des assurés sociaux qui, essentiellement, se font remettre en toute illégalité et dans des proportions incompatibles avec un usage thérapeutique personnel des médicaments qu'ils revendent par la suite en France ou à l'étranger. » Ce responsable explique que « quelquefois », l'assuré social utilise sa propre carte Vitale mais que « la plupart du temps » ce type de fraude est le fait d'escrocs ayant en leur possession des cartes Vitale volées. Avec « plusieurs fois la même prescription » (éventuellement falsifiée par la suite) ou des ordonnances confectionnées maison, « ces individus, bien souvent toxicomanes, ont ainsi trouvé le moyen de se procurer des médicaments rares et de grande valeur afin d'alimenter divers trafics ». Les cartes Vitale sont utilisées sur un laps de temps très court et en écumant les pharmacies. Dans certains dossiers, on a pu compter jusqu'à 300 pharmacies différentes. A ce titre, la police parisienne cite l'exemple d'un bénéficiaire de la CMU qui, de 2008 à 2011, usant de fausses ordonnances notamment pour des substituts stupéfiants, a causé plus de 4.600 euros de préjudice à la CPAM de Paris, ainsi que celui d'un toxico-

mane qui, entre 2010 et 2011, a consulté 13 médecins, s'est rendu dans 15 pharmacies et a obtenu 429 boîtes d'un substitut à l'héroïne pour un préjudice de plus de 8.700 euros.

### 3. MÉDICAMENTS ET PROFILS CONCERNÉS

#### 3.1. Antalgiques et psychotropes

Selon les professionnels de santé et les organismes sociaux, les médicaments les plus convoités en matière de nomadisme médical sont généralement ceux voués au confort physique et psychologique des toxicomanes ou anciens toxicomanes. Globalement, les deux grandes catégories de produits concernés sont les antalgiques et les divers psychotropes : anxiolytiques, sédatifs, antidépresseurs, neuroleptiques, hypnotiques, psychostimulants. Les médicaments analgésiques, du type dérivés morphino-mimétiques et opiacés, sont les plus recherchés, tel le sulfate de morphine (Skenan, Moscontin). Ces produits sont particulièrement prisés des héroïnomanes en manque, dont ils atténuent la douleur physique et morale. Les trois molécules actuellement disponibles pour la substitution ont toutes un point commun : elles diminuent ou annulent l'effet de manque. Mais sur l'aspect psychique, ces produits ne sont pas équivalents : le sulfate de morphine a un effet euphorisant, calmant et réconfortant, le chlorhydrate de méthadone (Méthadone) un peu moins, la buprénorphine (Subutex) est un produit normalisant [4].

Les médicaments psychotropes concernent en fait toutes les catégories de personnes. Ces produits peuvent bénéficier autant à des individus en état d'addiction qu'à des personnalités hypocondriaques ou suivies en psychiatrie. Pour les autres addictions, liées à une avalanche de prescriptions médicales et à une escalade médicamenteuse, on trouve l'ensemble des médicaments à potentiel addictif. Selon le professeur Dematteis [5], les médicaments reconnus à fort potentiel addictif sont les suivants :

- ✓ anxiolytiques et sédatifs (BZD, barbituriques et autres hypnotiques), produits très consommés par les toxicomanes pour atténuer l'état de manque ;
- ✓ analgésiques (majeurs, mineurs et leurs mélanges) ;

- ✓ psychostimulants (amphétamines, éphédrine, méthylphénidate, nicotine, caféine...) ;
- ✓ anti-migraineux (mélangés ou pas à la caféine et aux analgésiques).

Il convient d'ajouter que le débat sur la dépénalisation risque d'aggraver davantage la situation. Lors de son audition devant la Mission d'information sur les toxicomanies, Bernard Leroy [6] déclarait : « *Nous allons dans le mur parce que la dépénalisation existe déjà de facto et que le recours aux médicaments licites s'est formidablement développé dans notre pays. Des personnes de plus en plus nombreuses traitent les problèmes de la vie courante avec des médicaments prescrits de manière excessive par le médecin, par exemple huit médicaments différents, dont deux pour dormir, pour une seule patiente dépressive... L'argument des prix est tout aussi stupide. Actuellement, « la morphine médicale » coûte 6 euros la plaquette. Les trafiquants la vendent 1000 euros, mais ils peuvent baisser son prix à 5 euros sans aucun problème : ils n'ont pas de charges sociales, pas d'impôts et ils paient à peine leurs ouvriers. Si on élargit l'assiette des utilisateurs, il leur sera possible de faire des profits gigantesques tout en contractant les prix. Et la concurrence sera impitoyable au sein de la mafia qui inondera le marché de drogues de plus en plus violentes, puissantes et originales* ».

L'enquête OSIAP (Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible) identifie les médicaments détournés à partir des demandes aux pharmaciens d'officine et estime pour chaque médicament un index de détournement afin d'évaluer l'importance du potentiel addictif de ce produit. Le tableau 1 indique les pourcentages de prescriptions suspectes [7].

#### 3.2. Profils des contrevenants

Bien qu'il n'existe pas semble-t-il de statistiques spécifiques en la matière, il semble que dans le cadre du nomadisme médical les profils psychologiques soient aussi divers que variés. Du petit abuseur à l'escroc, en passant par le fraudeur, la gamme est très étendue. D'ailleurs, les personnes impliquées ne sont pas forcément consommatrices des médicaments qu'elles obtiennent par divers subterfuges. On constate aussi bien la présence de patients excessifs et/ou revendicateurs que de malades imaginaires ou en état d'addiction médicamenteuse, de sujets suivis en psychiatrie, de fraudeurs récidivistes, de professionnels de santé, de pharmaciens, de trafiquants de médicaments, de toxicomanes et anciens toxicomanes substitués. Les



DCI	Spécialités	2008	2007	2006	2005
		n=270	n=292	n=329	n=415
Zolpidem	Stilnox®	14,1 % (38)	9,2 % (27)	9,4 % (31)	8,4 % (35)
	Zolpidem				
Buprénorphine	Subutex®	8,9 % (24)	8,2 % (24)	7,6 % (25)	10,8 % (45)
Bromazépam	Lexomil®	7,4 % (20)	6,2 % (18)	11 % (36)	7,2 % (30)
	Bromazepam				
Morphine	Skénan®	5,9 % (16)	1,0 % (3)	2,1 % (7)	3,4 % (14)
	Sevredol®				
	Actiskenan®				
Clorazépate	Tranxène®	3,3 % (9)	3,1 % (9)	1,5 % (5)	2,9 % (12)
Ass acéprométazine	Noctran®				
Alprozolam	Xanax®	3,3 % (9)	5,5 % (16)	4,9 % (16)	4,0 % (16)
	Alprozolam				
Flunitrazépam	Rohypnol®	3,3 % (9)	2,4 % (7)	3,3 % (11)	7,2 % (30)
Zopiclone	Imovane®	3,3 % (9)	6,5 % (19)	4,3 % (14)	2,9 % (12)
	Zopiclone				
Clonazépam	Rivotril®	3,0 % (8)	1,0 % (3)	3,3 % (11)	1,2 % (5)
Tramadol	Topalgic®	3,0 % (8)	0,7 % (2)	0,9 % (3)	2,2 % (9)
	Zamudol®				
	Zaldiar®				

**Tableau 1 :** Enquête OSIAP - Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible.

individus liés à l'usage illicite de produits stupéfiants sont souvent attirés par la pratique du nomadisme médical. Il existe plusieurs raisons à cela :

- ✓ ils ne supportent pas les contraintes liées à la délivrance de produits de substitution ;
- ✓ les quantités délivrées officiellement ne sont pas considérées comme suffisantes par rapport à leur besoin ;
- ✓ les circuits de délivrance paraissent trop contraignants, trop contrôlés pour une population habituée à la méfiance, à l'illégalité et même à une certaine clandestinité.

#### 4. INFRACTIONS CONSTATÉES, SANCTIONS ENCOURUES

##### 4.1. Au niveau pénal

Au plan pénal, ces comportements frauduleux correspondent à des délits passibles de sanctions correc-

tionnelles et parfois criminelles. Sans en dresser une liste exhaustive, les infractions les plus fréquentes concernent le faux et l'usage de faux, l'escroquerie, le trafic de stupéfiants (dans la mesure où les médicaments illégalement acquis sont classés sur la liste stupéfiants des pharmacies) et l'usurpation d'identité. Le délit de faux et usage de faux est prévu à l'article 441-1 du Code pénal : « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour objet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Quant à l'escroquerie, elle est réprimée par l'article 313-1 du même code : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds,

des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. » L'infraction d'usurpation d'identité, définie à l'article 434-23 du Code pénal, prévoit cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Quant aux peines pour trafic de stupéfiants, articles 222-34 à 222-43 du même code, elles peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité. Soulignons que le trafic de médicaments est assimilé au trafic de produits stupéfiants. Quelle piste suivre pour réduire ces trafics ? Il conviendrait peut-être de sensibiliser davantage les services judiciaires à ces phénomènes sous-estimés. En effet, un affermissement des qualifications pénales de ces faits semble une nécessité au regard des dégâts sociaux, économiques et sanitaires occasionnés.

Les exemples de condamnations ne manquent pas. Poursuivis pour avoir participé à un trafic de Skenan dans le Nord de la France, auprès de toxicomanes qui le détournaient pour ensuite le revendre, deux médecins ont été condamnés à sept et douze mois de prison avec sursis. L'un de ces deux généralistes a été reconnu coupable de facilitation à l'usage de stupéfiants et condamné à une peine d'un an de prison avec sursis assortie d'une interdiction définitive d'exercer la médecine à titre libéral. L'autre, reconnu coupable de manquement au Code de la santé publique, a été condamné à sept mois de prison avec sursis et à une amende de 8.000 euros. Citons encore le cas de deux pharmaciens poursuivis pour escroquerie à la sécurité sociale et facilitation à l'usage de stupéfiants. Reconnus coupables d'infractions au Code de la santé publique, ils ont été condamnés respectivement à deux et quatre mois de prison avec sursis et 3.000 et 6.000 euros d'amende.

Pour avoir revendu des cachets de Skenan à d'autres consommateurs de stupéfiants, quatre toxicomanes ont été condamnés à des peines allant de trois mois d'emprisonnement avec sursis à quatre mois fermes. Il convient encore de distinguer la contrefaçon de faux médicaments importés en France de celle du trafic de médicaments (considéré comme trafic de stupéfiants) au préjudice de la sécurité sociale, par voie d'ordonnances falsifiées.

## 4.2. Au niveau administratif

Une procédure dite de « sanction administrative », prévue à l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité

sociale, donne compétence aux directeurs des organismes de sécurité sociale pour prononcer une pénalité financière à l'encontre des assurés, employeurs, professionnels et établissements de santé, fournisseurs et autres prestataires de services, individus impliqués dans une fraude organisée, qui sont auteurs de faits de fraude ou abus énumérés par cet article. L'article L. 114-10 du même code dispose : « Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire... ».

Ainsi, ces dispositions entendent-elles dissuader les acteurs du système de soins de transgresser les règles et témoignent de la saine gestion des fonds confiés par la collectivité. Rappelons ici l'article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale : « Est passible d'une amende de 5000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant. » L'intensification des contrôles donne lieu à des sanctions de plus en plus lourdes envers les fraudeurs, qu'ils soient assurés, employeurs ou professionnels de santé.

## 5. COÛT DE LA FRAUDE SOCIALE

Un rapport parlementaire de 2006 dresse un bilan de la situation. Les chiffres sont impressionnants. La fraude sociale s'élèverait à 20 milliards d'euros par an en France selon les données du rapport Tian [8], du nom du rapporteur des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Un chiffre symbolique, car proche de celui du déficit de la sécurité sociale ou de la fraude fiscale (environ 30 milliards d'euros). Par fraude sociale, on entend les fraudes aux prestations et aux cotisations sociales (notamment les cotisations patronales). Ce rapport pointe les failles du système

les plus exploitées par les contrevenants et propose diverses solutions.

Après 11 mois d'enquête, 28 auditions et six déplacements en régions du rapporteur, il apparaît que la fraude aux prélèvements serait la plus importante. Les manquements aux cotisations patronales et salariales non versées en raison du travail au noir se chiffraient entre 8 et 15,8 milliards d'euros : « 10 à 12% d'entreprises sont en infraction et entre 5 et 7% des salariés ne sont pas déclarés ». Les fraudes aux prestations sociales (indemnités d'arrêts maladie, allocations familiales, RSA etc..) se situeraient entre deux et trois milliards d'euros. Mais le rapporteur se dit « convaincu que la fraude sociale représente des montants financiers bien plus importants que ce que les premières évaluations réalisées laissent supposer ». À Paris, plus de 30 millions d'euros de fraudes aux prestations sociales ont ainsi été décelés en 2010. Les fraudes ont principalement été commises au préjudice de l'Urssaf (18 millions d'euros), de la Caisse d'allocations familiales (5 millions) et de l'Assurance-maladie (2,8 millions). Seuls 25% des dossiers, relevant d'une volonté frauduleuse avérée ou d'un système organisé, vont au pénal. Les autres relèvent de la fraude à la petite semaine. Dans un rapport de septembre 2010, la Cour des Comptes, estimait de son côté la fraude sociale entre 10 et 15 milliards d'euros par an.

## 6. PRÉCONISATIONS ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE

« La fraude sociale représenterait 44 fois plus que la fraude actuellement détectée », précise Dominique Tian. Son rapport fait 53 propositions pour lutter au mieux contre le phénomène. Il recommande par exemple d'« améliorer le pilotage par l'État de la politique de lutte contre la fraude sociale » et de « simplifier le cadre juridique ». Il propose également d'augmenter les sanctions, et notamment développer des sanctions pénales plus dissuasives pour les récidivistes.

### 6.1. L'augmentation du délai de prescription

Pour lutter contre les fraudes portant sur les documents et l'identité, la MECSS suggère de « rétablir le face-à-face pour la constitution de dossiers initiaux de demandes de prestations sociales » et d'allonger les délais de prescription pour favoriser la récupération des indus.

### 6.2. La carte vitale biométrique et les contrôles

Très concrètement, la MECSS, qui considère que « les téléprocédures facilitent la fraude », préconise l'instauration d'une carte vitale biométrique d'une durée limitée, assortie d'une révision de la procédure d'attribution des numéros de sécurité sociale. Elle propose aussi de dynamiser les contrôles et d'imposer des « objectifs chiffrés » aux caisses de sécurité sociale. Elle invite encore à développer le contrôle des arrêts maladies avec augmentation de la fréquence des contre-visites pour le privé et la fonction publique, à l'initiative de l'employeur.

### 6.3. Le ticket modérateur

Il représente un mode de financement important de la part des assurés pour certains soins de santé. Une critique a pu être faite au ticket modérateur car il peut affecter un patient économiquement faible et l'inciter à renoncer aux soins dont il aurait besoin. C'est pourquoi le système français prévoit une exonération de participation pour les personnes atteintes par l'une des maladies chroniques, graves ou invalidantes figurant sur une liste. La mise en place du ticket modérateur a pour but d'inciter les assurés à limiter au nécessaire les soins et les dépenses, mais ceci n'est pas directement lié au phénomène du nomadisme médical.

### 6.4. Les ordonnances sécurisées

L'utilisation des ordonnances dites sécurisées est obligatoire pour toute prescription ou commande à usage professionnel de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, en application de l'article R.5132-5 du Code de la santé publique. Ces ordonnances répondent à des profils techniques précis :

- ✓ elles sont réalisées sur du papier filigrané blanc naturel sans azurant optique ;
- ✓ l'identification du prescripteur est pré-imprimée ;
- ✓ une numérotation d'identification du lot est inscrite dessus ;
- ✓ un carré en micro-lettres où doit être indiqué le nombre de médicaments prescrits est pré-imprimé ;

- ✓ l'ordonnance doit également comporter un duplicata pour les médicaments pris en charge par l'assurance maladie.
- ✓ le prescripteur peut rédiger l'ordonnance manuellement ou par informatique ;
- ✓ en cas de perte ou de vol de leurs ordonnances, les prescripteurs doivent en faire la déclaration sans délai aux autorités de police.

## 7. CONCLUSION

Le nomadisme médical reste une préoccupation importante pour les organismes de sécurité sociale. La problématique du nomadisme est en effet double. Tout d'abord, il existe un vrai problème médical et humain en lien avec la dépendance. Ensuite, le nomadisme va souvent de pair avec le trafic de médicaments, qui est par ailleurs une réalité difficile à combattre pour les caisses primaires, mais qui renvoie vers des enjeux liés au développement d'une vraie économie souterraine rendue possible du fait même du fonctionnement des caisses et du système de notre protection sociale.

Si, dans ce bref article, nous avons insisté sur les abuseurs, fraudeurs et escrocs au comportement utilitaire et sans visée thérapeutique, il n'en reste pas moins que certaines catégories de patients peuvent abuser de médicaments sous l'effet de leur problématique psychopathologique. Il s'agit pour l'essentiel des toxicomanes et des personnes souffrant d'hypocondrie qui multiplient sans cesse consultations, examens paracliniques et prises médicamenteuses. Ces hypocondriaques, volontiers considérés comme des « malades imaginaires », ne sont nullement des abuseurs antisociaux mais de véritables handicapés mentaux qui expriment leur angoisse en terme de pathologie organique. Ils ont souvent des exigences précises et variées en ce qui concerne leur santé et sont demandeurs de prescriptions médicales en général. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Les Comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) réunissent, sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'État (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les organismes locaux de protection sociale (Pôle emploi, URSSAF, caisses d'allocations

familiales, d'assurance maladie et de retraite, le régime social des indépendants (RSI), la MSA) afin d'apporter une réponse globale et concertée aux phénomènes de fraude, qu'ils concernent les prélèvements obligatoires ou les prestations sociales. En 2010, les CODAF ont permis dans les départements de contribuer à la détection d'environ un quart des fraudes sociales (travail dissimulé et prestations), aux côtés des actions autonomes des services de police et de gendarmerie et des services d'enquête des administrations et des organismes de protection sociale.

- [2] La Délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF) a été créée en avril 2008. Elle est placée par délégation du Premier Ministre auprès du ministre du budget des comptes publics et de la réforme de l'État. Elle assure le secrétariat du Comité national de lutte contre la fraude (CNLF).
- [3] Site Internet – Paris Ménilmontant
- [4] Les trois principaux produits de substitution n'ont pas tous les mêmes règles de prescription. La Méthadone est prescrite par un centre, pour un délai limité à une semaine. Les médecins de ville peuvent poursuivre les prescriptions. Le Subutex est disponible en pharmacie, mais le médecin doit remplir une ordonnance sécurisée. Le patient peut prendre quatre semaines de traitement. Quant au sulfate de morphine, le prescripteur est en théorie censé demander l'avis du médecin conseil avant tout traitement.
- [5] Professeur Dematteis, Clinique de médecine légale et d'addictologie – CHU de Grenoble – Laboratoire HP 2 – Inserm U 1042 – UJF EA 3745.
- [6] Audition de Bernard Leroy, avocat général près la Cour d'appel de Versailles, le mercredi 8 juin 2011, devant la Mission d'information sur les toxicomanies.
- [7] Professeur Dematteis, Addictions aux médicaments – CHU de Grenoble – Laboratoire HP 2 – Inserm U 1042 – EC/UE d'addictologie 2010-2011.
- [8] Rapport d'information n° 3526, déposé le 19 décembre 2006 en application de l'article 145 du Règlement de l'Assemblée Nationale par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur les moyens de contrôle de l'Unédic et des Assédic, présenté par Dominique Tian, député.

## Syndrome de Brugada et mort subite : intérêt de l'autopsie moléculaire

Q. TIMOUR<sup>1</sup>, D. MALICIER<sup>2</sup>

### RÉSUMÉ

La mort subite d'origine cardiaque, notamment, des sujets jeunes peut être en relation avec un problème génétique. L'une des causes est représentée par le syndrome de Brugada (BRS). Dans environ 25% des cas le BRS est dû à une canalopathie sodique par mutation du gène SCN5A situé sur le chromosome 3. Ce gène est responsable d'une réduction de la densité du courant sodique. Dans 75% de cas, le BRS peut être dû à la mutation du gène Glycerol-3-Phosphate déshydrogénase 1-Like Gene (GPD1-L). Cela produit une altération du courant sodique à la surface cellulaire.

Le BRS est associé à un risque élevé d'arythmie ventriculaire. Elle peut entraîner la mort subite par fibrillation ventriculaire. Le diagnostic de BRS est basé, en post-mortem, sur l'extraction de l'ADN et la recherche des mutations dans les gènes codant pour la sous unité SCN5A des canaux sodiques. C'est le rôle de l'autopsie moléculaire qui permet, en plus, de préserver, autant que faire se peut la vie des descendants, des ascendants et des collatéraux de la victime.

La prise en charge des sujets atteints du BRS est basée : 1) *Chez le sujet symptomatique (mort subite récupérée)*, sur la pose d'un défibrillateur implantable; 2) *Chez le sujet asymptomatique*, sur l'existence ou non de mort subite ou de BRS dans la famille. Dans les deux cas, une stimulation ventriculaire programmée est réalisée. Si la stimulation est positive, la pose d'un défibrillateur implantable s'avère indispensable. Si la stimulation est négative, il est proposé de surveiller le patient chez qui l'administration de tous médicaments inhibiteurs de l'entrée cellulaire des ions Na<sup>+</sup> (antiarythmiques de classe Ic, anesthésiques locaux à l'exception de la lidocaïne, antidépresseurs tricycliques) doit être évitée. Enfin, une surveillance ECG sera de rigueur et une thérapeutique appropriée par l'administration de faibles doses de quinidine, sera préconisée en cas d'anomalies ECG (sus-décalage du segment ST, bloc de branche droit).

**Mots-clés :** Mort subite, Syndrome de Brugada, Autopsie moléculaire, Canalopathie sodique, Mutation des gènes.

1. Faculté de Médecine Lyon EST, Université Claude Bernard Lyon1 – France  
Centre d Pharmacovigilance – Centre antipoison, Lyon - France  
EA 6412: Neurocardiologie - Physiopathologie des troubles du rythme cardiaques  
8, Av Rockefeller – 69373 Lyon Cedex 08.
2. Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux, Université Claude Bernard Lyon 1 - Institut de Médecine légale, Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.)  
8, Av Rockefeller – 69373 Lyon Cedex 08.  
Correspondence : Q. Timour  
quadiri.timour-chah@univ-lyon1.fr



## SUMMARY

### BRUGADA SYNDROME AND SUDDEN DEATH: VALUE OF MOLECULAR POST-MORTEM EXAMINATION

*Sudden death of cardiac origin especially in young subjects can be related a genetic trait. One of these is Brugada syndrome (BRS). In approximately 25% of cases, BRS is due to an abnormal sodium channel caused by a mutation of the SCN5A gene located on chromosome 3. This gene is involved in the reduction of the sodium current density. In 75% of cases, BRS is caused by a mutation of the glycerol-3-phosphate dehydrogenase 1-like (GPD1-L) gene resulting in alterations of the sodium current at the cell surface.*

*BRS is associated with a high risk of ventricular arrhythmias, which can lead to sudden death through ventricular fibrillation. The diagnosis of BRS is based on ADN extraction and the search for mutated genes encoding the SCN5A subunit of sodium channel during post-mortem examination. The role of necropsy is to protect the life of the patient's offspring, forebears and siblings as much as possible.*

*The management of patients with BRS includes the implantation of a defibrillator in those with a history of near-sudden death. In these patients as well as those with a family history of BRS, programmed ventricular stimulation is needed. If stimulation is positive, the implantation of a defibrillator is absolutely required. If stimulation is negative, it is recommended to closely follow those patients in whom treatment with drugs that inhibit the cellular entry of sodium ions such as Ic class antiarrhythmics, local anesthetics except xylocaine and tricyclic antidepressants should be avoided. ECG monitoring and treatment with low dose quinidine are necessary in case of ECG anomalies (augmented ST segment, right bundle branch block).*

**Keywords:** *Sudden death, Brugada syndrome, Molecular post-mortem examination, Sodium channelopathies, Gene mutation.*

## INTRODUCTION

La mort subite d'origine cardiaque survient principalement chez les personnes âgées, mais frappe aussi, dans 1 à 2 % des cas, des quadragénaires voire, des sujets plus jeunes [1, 2]. Chez ces derniers, dans environ un tiers des cas, l'autopsie ne révèle aucune cause à l'origine du décès qui reste « inexpliqué » [3]. Dans de telles situations, la mort est souvent attribuée à une arythmie qui, elle, ne laisse aucune trace identifiable, à l'autopsie, dans le tissu cardiaque. De plus, dans l'immense majorité des cas, chez ces sujets, aucun bilan cardiologique (clinique, ECG...) n'avait été réalisé de leur vivant. En effet, ces troubles sont le plus souvent asymptomatique et leur première manifestation peut se traduire par un accident cardiaque mortel [4].

Devant une telle situation, l'origine génétique éventuelle du trouble du rythme soupçonné, et donc du décès, doit être recherchée : c'est le rôle, précisément, de l'autopsie moléculaire [5, 6]. Elle permet de préserver, autant que faire se peut, la vie des descendants et éventuellement des ascendants et des collatéraux du défunt [7].

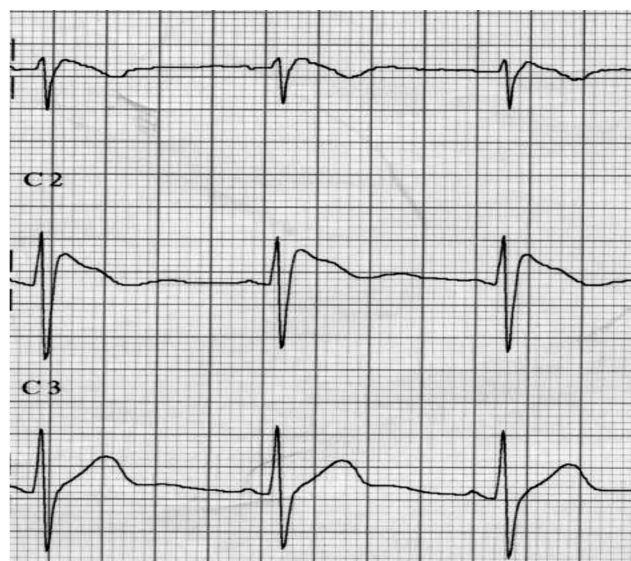
En effet, la mort subite d'origine cardiaque des sujets jeunes peut être d'origine génétique [8] et être liée à des mutations (perte de fonction, gain de fonction) dans des gènes codant pour les canaux cardiaques, sodiques [9, 10], potassiques [11] ou calciques [12], responsables de différentes anomalies génétiques telles que :

- ✓ **CAVD** (cardiomyopathie ou dysplasie arythmogène du ventricule droit) : par dégénérescence du tissu musculaire du ventricule droit [13] ;

- ✓ **TVPC** (tachycardie ventriculaire polymorphe catécholaminergique) responsable de perturbations du **flux calcique** dans le muscle cardiaque ;
- ✓ **cardiomyopathie hypertrophique** familiale [14] ;
- ✓ **SQTL** (syndrome du QT long :  $>450$  ms): par blocage des canaux potassiques hERG : [15], persistance du courant  $\text{Ca}^{2+}$  ou  $\text{Na}^{+}$  ;
- ✓ **QTC** (syndrome du QT court  $<320$  ms): [16], lié à des mutations des gènes KCNQ1, KCNH2, KCNJ2, codant tous pour des canaux potassiques cardiaques ;
- ✓ **BRS** (syndrome de Brugada): par anomalies de condensation des **canaux  $\text{Na}^{+}$**  (SCN5A) : [4].

C'est ce dernier syndrome qui va nous intéresser dans le cadre de cet article.

Le BRS est une maladie génétique rare liée à des mutations dans le gène codant pour les canaux sodiques cardiaques [17] : SCN5A (hNav1.5) dans 20-25% des cas. Cette affection est caractérisée par un sus-décalage du segment ST au niveau des dérivations précordiales droites V1, V2 et V3 et par un aspect de bloc de branche droit (BBD) à l'ECG [18] (Figure). Ce syndrome est associé à un risque élevé d'arythmie ventriculaire pouvant entraîner la mort subite en dégénérant en fibrillation ventriculaire [19], alors que le cœur est structurellement sain. L'âge moyen du diagnostic ou de la mort subite est de 40 ans plus ou moins 22 ans, avec des extrêmes allant entre deux jours de vie jus-



**Figure : Syndrome de Brugada**  
(collection Ph. Chevalier)

qu'à plus de 80 ans. L'incidence du syndrome de Brugada est plus élevée chez l'homme que chez la femme [20].

## ÉTIOLOGIE

Sur le plan étiologique, le BRS est une maladie à transmission autosomique dominante [21] avec une pénétrance faible (peu de porteurs de la mutation présentent les signes cliniques et ECG de la maladie).

Dans environ 25% des cas le BRS est due à une canalopathie sodique par mutation du gène SCN5A situé sur le chromosome 3 [22]. Ce gène est responsable d'une réduction de la densité du courant sodique [23]. Ce qui explique l'aggravation des anomalies ECG lors de l'administration de toutes substances susceptibles de bloquer l'entrée cardiomyocytaires des ions  $\text{Na}^{+}$ . En effet, l'administration d'antiarythmiques de classe Ia (excepté la quinidine) et surtout de classe IC [24] de certains psychotropes [25] et d'anesthésiques locaux (bupivacaine : [26] peut aggraver ou révéler le BRS (test à l'ajmaline : [27] ou au flécaïnide : [28]). La transmission, dans ce cas, se fait sur un mode autosomique dominant et la pénétrance est variable.

Dans 75% de cas, le BRS peut être dû à la mutation d'autres gènes. Certaines de ces mutations peuvent atteindre le gène Glycerol-3-Phosphate déshydrogénase 1-Like Gene (GPD1-L) : [29] ce qui altère le courant sodique à la surface cellulaire [30].

**Diagnostic :** Le diagnostic de cette affection est basé sur les antécédents familiaux de BRS, de mort subite, d'antécédents personnels de mort subite resuscitée. L'ECG met en évidence l'aspect de BBD associé à un sus-décalage du ST et des anomalies de l'onde T dans les dérivations précordiales droites (V1 à V3).

La BRS peut être diagnostiqué par un test positif à l'ajmaline ou au flécaïnide qui révèle alors des anomalies ECG qui n'apparaissaient pas spontanément.

**Symptômes :** Les symptômes cliniques du BRS sont variables mais se manifestent le plus souvent par des malaises « d'allure vagale » chez des sujets apparemment en bonne santé [31]. Leur survenue est plus fréquent la nuit et au repos. Les patients souvent agités, peuvent présenter divers signes cliniques comme une respiration stertoreuse, une perte d'urine ou une perte de mémoire récente. Ces signes ne sont pas spécifiques de la maladie. En revanche, la perte de la mémoire des

faits récents peut-être en rapport avec l'anoxie cérébrale.

## APPORT DE L'AUTOPSIE MOLÉCULAIRE

L'autopsie moléculaire, pratiquée généralement à la suite d'une autopsie classique « négative », est l'analyse génétique effectuée sur du matériel biologique, myocardique en l'occurrence, prélevé en post mortem. Elle nécessite l'extraction de l'ADN et a pour objectif de rechercher des mutations (perte de fonction, gain de fonction) dans les gènes codant pour les canaux cardiaques, sodiques, potassiques ou calciques. La présence d'une telle mutation explique alors diverses affections liées à des anomalies génétiques telles que CAVD, TVPC, SQTl, SQTC et, bien évidemment le BRS.

Deux équipes se sont beaucoup impliquées dans la détermination des causes des décès d'origine cardiaque par la pratique de l'autopsie moléculaire. Il s'agit d'une équipe canadienne [32] et d'une équipe Suisse [33] qui, toutes deux, soulignent l'intérêt de l'autopsie moléculaire dans la détermination de la *cause* du décès et dans la *prise en charge* des ascendants, des descendants et des collatéraux présentant une canalopathie cardiaque identique à celle observée chez la victime.

L'Intérêt fondamental de l'autopsie moléculaire, en cas du décès par mutation génétique (cause héréditaire du décès), est de savoir si d'autres membres de la famille (parents au premier degré, parents au deuxième degré : cousins, cousines, oncles et tantes, neveux et nièces) sont aussi atteints de la même anomalie et de les préserver en mettant en œuvre une thérapeutique préventive adaptée permettant de prévenir la survenue de nouveaux décès.

Dans une très intéressante étude, [34] rapporte entre 2006 et 2008 (sur 26 mois) les résultats de l'autopsie de 52 victimes de mort subite inopinée. Les auteurs ont prélevés, stockés et analysé l'ADN de ces 52 sujets et ont retrouvé la cause du décès à l'autopsie classique dans 19 cas (4 intoxications, 3 cardiomyopathies dilatées, 3 myocardites, 9 décès d'origine diverse mais identifiée). En revanche, l'autopsie des 33 autres sujets n'avaient pas permis d'identifier la cause de leur décès. Ils ont alors pratiqué une analyse génétique sur l'ADN de ces sujets dont l'âge se situait entre 18 mois et 40 ans, (médiane 25 ans) et ont trouvé diverses mutations

sur des gènes codants pour les canaux KCNQ1, KCNH2, SCN5A et KCNE1.

Des altérations de la fonction des canaux ioniques cardiaques dans la survenue de mort subite ont également été rapportées dans l'étude de Perrin and Gollob, 2012, qui rapporte l'existence de mutations génétiques de différents canaux sodiques, potassiques et calciques. Les auteurs imputent les décès au syndrome de Brugada, au syndrome du QT long, au syndrome du QT court ou à la tachycardie ventriculaire catécholaminergique polymorphe. Les auteurs insistent sur l'intérêt du dépistage génétique dans une prise en charge familiale efficace.

Dans une autre étude, [35] précise que la mort subite d'origine cardiaque affiche 2 pics : l'un entre 45 et 75 ans, attribué aux suites d'une maladie coronarienne, et l'autre entre la naissance et 6 mois d'âge, provoqué par le syndrome de mort subite du nourrisson. Le rôle des arythmies cardiaques dans le syndrome de mort subite du nourrisson, ainsi que chez les enfants en général, n'est pas bien défini. Des études récentes indiquent une anomalie de l'activité électrique cardiaque, comme le syndrome du QT long et celui de Brugada. Cette anomalie serait donc responsable de la mort subite des nourrissons et des enfants. Ces décès s'expliquent par des mutations dans la sous unité du canal sodique SCN5A ou dans celle du canal potassique (hERG et KvLQT1). Ces mutations entraînent des changements dans les courants de sodium et de potassium qui amplifient les hétérogénéités électriques intrinsèques dans le cœur, offrant ainsi un support, au déclenchement, respectivement, d'arythmies de réentrée (BRS) et de troubles de repolarisation aboutissant à l'allongement de l'intervalle QT et, en conséquence, à la genèse des torsades de pointes (TdP) pouvant aboutir, dans les deux cas à la fibrillation ventriculaire (FV). Dans le syndrome de Brugada, la réduction de la densité de courant sodique (sous unité SCN5A), provoque la perte du dôme du potentiel d'action dans l'épicarde, mais pas dans l'endocarde, créant ainsi une dispersion des repolarisations ventriculaires à travers la paroi cardiaque, ce qui entraîne un gradient de tension transmurale qui se manifeste dans l'électrocardiogramme (ECG) par une élévation du segment ST et des BBD. Dans ces conditions, la perte du dôme du potentiel d'action sur certains sites mais pas d'autres explique la genèse des tachycardies ventriculaires/fibrillation ventriculaires [19]. L'importance d'identifier les nourrissons et les enfants atteints de syndromes de Brugada et de syndrome du QT long réside dans le fait que la plupart des décès dus à ces défauts congénitaux peu-



vent être évités. Un simple ECG est souvent suffisant pour permettre le diagnostic et donc de prévenir le développement des événements arythmiques.

Lorsqu'un ECG avait été pratiqué avant le décès, les altérations électriques (sus-décalage du segment ST, BBD) étaient identiques à celles observées dans le syndrome de Brugada [36]. Ces auteurs ont trouvé des mutations de la sous unité du canal sodique SCN5A, le gène connu pour provoquer le syndrome de Brugada, ainsi que des mutations des gènes codant pour les canaux ioniques associés au syndrome du QT long. L'étude a porté sur dix familles. Des mutations ont été identifiées dans le canal SCN5A dans trois familles. Ces mutations sont responsables de la réduction de  $V^{\circ}\text{max}$  de la phase 0 du potentiel d'action cardiaque du fait de la réduction de la densité des canaux sodiques comme décrit précédemment dans le syndrome de Brugada [23]. Sur la base de ces observations, les auteurs suggèrent que le syndrome de mort subite inexpliqué nocturne et le syndrome de Brugada sont phénotypiquement, génétiquement et fonctionnellement identiques et produisent le même désordre [31].

Dans une étude récente, [37], ont mis en évidence, par autopsie moléculaire, la cause du décès, entre septembre 1998 et octobre 2010, chez 173 sujets décédés de mort subite alors que l'autopsie classique réalisée au préalable était négative chez l'ensemble de ces sujets. Les auteurs ont recherché, par la technique de séquençage de l'ADN, des mutations de gènes susceptibles de provoquer le syndrome du QT long (KCNQ1, KCNH2, SCN5A, KCNE1 et KCNE2) et la tachycardie ventriculaire catécholaminergique polymorphe. Ils ont démontré que les mutations canalaire étaient plus élevées chez les femmes (26/67 [38,8%]) que chez les hommes (19/106 [17,9%],  $p < .005$ ). Le nombre de morts, survenant au cours d'exercice musculaire, était plus élevé dans le groupe des sujets de 1 à 10 ans (8/12 [66,7%]) par rapport au groupe de sujets de 11 à 20 ans (4/27 [14,8%],  $p = .002$ ). En revanche, pour les morts au cours du sommeil, le nombre de sujets de 11 à 20 ans était plus élevé (9/25 [36,0%]) que celui des sujets de 1 à 10 ans (1/24 [4,2%],  $p = .01$ ).

Les auteurs concluent qu'en cas de mort subite, l'autopsie moléculaire devrait être pratiquée lorsque l'autopsie classique est négative. Cette pratique de dépistage génétique permettra, en cas de découverte des mutations, de mettre en œuvre un traitement préventif chez les ascendants, les descendants et les collatéraux de la victime présentant des mutations identiques.

De plus, [38], confirment la responsabilité des mutations des gènes de canaux ioniques cardiaques dans la survenue de morts subites inexpliquées. Ils suggèrent le rôle des facteurs de risque, notamment de certains médicaments, comme articaïne qui augmente la sensibilité du canal muté d'au moins 10%. Les résultats de l'étude suggèrent que le dépistage moléculaire post-mortem est un outil important pour déterminer la cause de mort subite inexpliquée. Les auteurs insistent également sur une interaction fonctionnelle entre médicaments, polymorphismes et mutations des canaux ioniques dans le déclenchement de la mort subite.

**Prévention de mort subite :** L'ensemble des auteurs affirme que l'autopsie génétique dévoile les secrets de la mort subite cardiaque et permet de l'éviter chez les ascendants et les descendants de la victime par une prise en charge appropriée.

## PRISE EN CHARGE – TRAITEMENT

Dans un intéressant article, [39], proposent un schéma thérapeutique basé sur le caractère symptomatique ou non du BRS :

**Chez le sujet symptomatique (mort subite récupérée),** la pose d'un défibrillateur implantable est obligatoire

**Chez le sujet asymptomatique,** la prise en charge est basée sur l'existence ou non de mort subite ou de BRS dans la famille. Dans les deux cas, une stimulation ventriculaire programmée est réalisée. Si la stimulation est positive, la pose d'un défibrillateur implantable sera indispensable. Si la stimulation est négative, il est proposé de surveiller le patient chez qui toute fièvre doit être traitée et tous médicaments inhibiteurs de l'entrée cellulaire des ions  $\text{Na}^+$  évités. Les médicaments à éviter sont représentés par les antiarythmiques de classe Ic [40, 41], les anesthésiques locaux comme la bupivacaine et peut être aussi la ropivacaine [42, 43, 44]. En revanche la lidocaïne peut être utilisée. Dans tous les cas, lors de l'administration d'un anesthésique local, il faut éviter l'emploi des doses élevées et s'assurer de l'absence de passage intravasculaire. Enfin, en période postopératoire, un monitoring ECG doit être de rigueur permettant de surveiller le segment ST et la largeur des complexes QRS.

Parmi les médicaments rapportés dangereux et capables de démasquer le BRS, les psychotropes occupent une place importante. En effet, l'administration

des psychotropes comme la clomipramine, la maprotiline, la fluoxétine, la cyamémazine est contre-indiquée chez les patients atteints de BRS [45].

Le danger de l'administration des antidépresseurs tricycliques est confirmé par [25], qui précisent que ces substances sont connues pour induire des arythmies cardiaques aux doses supra-thérapeutique et même parfois à des doses thérapeutiques. Parmi les antidépresseurs tricycliques, l'amitriptyline, est connue pour induire une élévation du segment ST à l'ECG conduisant ainsi à démasquer le BRS. Le mécanisme par lequel les antidépresseurs induisent, chez un sujet porteur du phénotype associé au BRS, une mort subite n'est pas bien établie mais semble être en rapport avec l'inhibition, par l'amitriptyline, de l'entrée cellulaire des ions Na<sup>+</sup>. L'amitriptyline ne facilite, toutefois, le développement d'un substrat arythmogène que dans le cadre d'une prédisposition génétique en créant des hétérogénéités de repolarisation qui donnent lieu, lors de la phase 2 du potentiel d'action, à des réentrées et à une tachycardie ventriculaire [46].

### TRAITEMENT : PLACE DES ANTIARYTHMIQUES DE CLASSE IA : QUINIDINE

Certains auteurs préconisent le recours à la quinidine malgré les propriétés inhibitrices des canaux sodiques de cet antiarythmique. En effet, selon [47], la prévention de troubles du rythme ventriculaire dans le syndrome de Brugada (BRS) peut être obtenue avec la quinidine. Les auteurs indiquent que de faibles doses de quinidine ont été bien tolérées et étaient efficaces pour prévenir la récurrence de troubles du rythme ventriculaire, chez les sujets ayant un BRS.

Ces résultats sont confirmés dans d'autres études qui soulignent l'efficacité de la quinidine dans le traitement du BRS. En effet, [48] rapporte le cas d'un garçonnet de 3 ans atteint d'un syndrome de Brugada de type 2 qui a été admis à l'unité des soins intensifs cardiologiques pour une fibrillation ventriculaire récupérée par choc électrique externe. Après une tentative infructueuse de réduire l'arythmie avec les antiarythmiques conventionnels tels que  $\beta$ -bloquants et amiodarone, une perfusion d'isoprénaline a été mise en place avec une stabilisation immédiate du rythme cardiaque. Après une période de surveillance, la perfusion a été arrêtée et de la quinidine par voie orale a été administrée. Le garçonnet suit son traitement avec la quinidine

depuis cet épisode qui date d'environ un an et n'a présenté aucun problème depuis cette date.

Les mécanismes d'action de l'isoprénaline et de la quinidine sont expliqués par [49, 50]. Ils précisent que dans le BRS, la survenue d'une fibrillation ventriculaire est due à l'hétérogénéité de la repolarisation. De ce fait, toute substance qui s'oppose à cette hétérogénéité peut réduire les récurrences d'arythmies. C'est le cas de la stimulation sympathique qui peut inverser les modifications de l'ECG et réduire les récurrences d'arythmie. C'est le cas également de la quinidine qui peut, par son action du blocage des canaux potassiques, réduire la récurrence d'arythmie [49, 50].

### CONCLUSION

L'autopsie moléculaire d'une victime de mort subite présumée cardiaque est un outil qui paraît remarquable et qui peut permettre de comprendre la cause du décès d'un enfant ou d'un sujet jeune.

Elle permet surtout dans un grand nombre de cas de poser un diagnostic et de mettre en place un suivi adéquat pour les proches de la victime afin d'éviter d'autres décès. En cas de Syndrome de Brugada avéré, une enquête familiale systématique reste nécessaire. Elle s'effectue par l'ECG et par le test à l'ajmaline ou à la flécainide. ■

### RÉFÉRENCES

- [1] PRIORI SG, NAPOLITANO C, GIORDANO U, COLLISANI G, MEMMI M. BRUGADA syndrome and sudden cardiac death in children. *Lancet*. 2000; 355: 808-9.
- [2] MCCAMMOND AN, BALAJI S. Management of Tachyarrhythmias in Children. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2012 [Epub ahead of print]. Unexplained sudden death, focussing on genetics and family phenotyping. *Curr Opin Cardiol*. 2012. [Epub ahead of print]
- [3] DE SALVIA A, DE LEO D, CARTURAN E, BASSO C. Sudden cardiac death, borderline myocarditis and molecular diagnosis: evidence or assumption? *Med Sci Law*. 2011;51 Suppl 1:S27-9.
- [4] VELTMANN C, OSWALD H, BAUERSACHS J. [Brugada syndrome]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol*. 2012; 23: 225-30.
- [5] SCHIMPF R, YEN K, BORGGREFE M. [Sudden cardiac death in the young : How can disease recognition and preven-



- tion in family members be improved?]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol.* 2012; 23: 149-60.
- [6] SEMSARIAN C, HAMILTON RM. Key role of the molecular autopsy in sudden unexpected death. *Heart Rhythm.* 2012; 9: 145-50
  - [7] RAJU H, BEHR ER. Unexplained sudden death, focussing on genetics and family phenotyping. *Curr Opin Cardiol.* 2012 Nov 2. [Epub ahead of print].
  - [8] FISH FA, KANNANKERIL PJ. Diagnosis and management of sudden death in children. *Curr Opin Pediatr.* 2012; 24: 592-602.
  - [9] TIAN XL, YONG SL, WAN X, WU L, CHUNG MK, TCHOU PJ, ROSENBAUM DS, VAN WAGONER DR, KIRSCH GE, WANG Q. Mechanisms by which SCN5A mutation N1325S causes cardiac arrhythmias and sudden death in vivo. *Cardiovasc Res.* 2004; 61: 256-67.
  - [10] ZHANG T, YONG SL, DRINKO JK, POPOVIĆ ZB, SHRYOCK JC, BELARDINELLI L, WANG QK. LQTS mutation N1325S in cardiac sodium channel gene SCN5A causes cardiomyocyte apoptosis, cardiac fibrosis and contractile dysfunction in mice. *Int J Cardiol.* 2011; 147: 239-45.
  - [11] KRISHNAN Y, ZHENG R, WALSH C, TANG Y, McDONALD TV. Partially dominant mutant channel defect corresponding with intermediate LQT2 phenotype. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2012; 35: 3-16.
  - [12] WONG CH, KOO SH, SHE GQ, CHUI P, LEE EJ. Genetic variability of RyR2 and CASQ2 genes in an Asian population. *Forensic Sci Int.* 2009; 192: 53-5.
  - [13] DURAKOVI Z, DURAKOVIĆ MM, SKAVIĆ J. Arrhythmogenic right ventricular dysplasia and sudden cardiac death in Croatians' young athletes in 25 years. *Coll Antropol.* 2011; 35: 793-6.
  - [14] PELLNITZ C, GEIER C, PERROT A, DIETZ R, OSTERZIEL KJ, HAVERKAMP W. [Sudden cardiac death in familial hypertrophic cardiomyopathy. Identification of high-risk patients]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2005; 130: 1150-4.
  - [15] DI PAOLO M, LUCHINI D, BLOISE R, PRIORI SG. Post-mortem molecular analysis in victims of sudden unexplained death. *Am J Forensic Med Pathol.* 2004; 25: 182-4.
  - [16] WOLPERT C, VELTMANN C, SCHIMPF R, BORGGREFE M, HERRERA-SIKLODY C, PARADE U, STROTMANN C, RÜB N. [Short QT syndrome]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol.* 2012; 23: 220-4.
  - [17] ROSSENBACKER T, CARROLL SJ, LIU H, KUIPÉRI C, DE RAVEL TJ, DEVRIENDT K, CARMELIET P, KASS RS, HEIDBÜCHEL H. Novel pore mutation in SCN5A manifests as a spectrum of phenotypes ranging from atrial flutter, conduction disease, and Brugada syndrome to sudden cardiac death. *Heart Rhythm.* 2004; 1:610-5.
  - [18] ORETO G, CORRADO D, DELISE P, FEDELE F, GAITA F, GENTILE F, GIUSTETTO C, MICHELUCCI A, PADELETTI L, PRIORI S. [Doubts of the cardiologist regarding an electrocardiogram presenting QRS V1-V2 complexes with positive terminal wave and ST segment elevation. Consensus Conference promoted by the Italian Cardiology Society]. *G Ital Cardiol.* 2010; 11: 3S-22S.
  - [19] NAM GB. Idiopathic Ventricular Fibrillation, Early Repolarization and Other J Wave-Related Ventricular Fibrillation Syndromes. *Circ J.* 2012. [Epub ahead of print]
  - [20] BRUGADA P, BRUGADA J, Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report, *J Am Coll Cardiol.* 1992;20:1391-1396.
  - [21] BRUGADA J, BRUGADA P, BRUGADA R. The syndrome of right bundle branch block ST segment elevation in V1 to V3 and sudden death—the Brugada syndrome. *Europace.* 1999; 1: 156-66.
  - [22] CHOCKALINGAM P, CLUR SA, BREUR JM, KRIEBEL T, PAUL T, RAMMELOO LA, WILDE AA, BLOM NA. The diagnostic and therapeutic aspects of loss-of-function cardiac sodium channelopathies in children. *Heart Rhythm.* 2012 Chockalingam2 : S1547-5271.
  - [23] HU D, BARAJAS-MARTINEZ H, BURASHNIKOV E, SPRINGER M, WU Y, VARRO A, PFEIFFER R, KOOPMANN TT, CORDEIRO JM, GUERCHICOFF A, POLLEVICK GD, ANTZELEVITCH C. A mutation in the beta 3 subunit of the cardiac sodium channel associated with Brugada ECG phenotype. *Circ Cardiovasc Genet.* 2009; 2: 270-8.
  - [24] KOFUNE M, WATANABE I, ASHINO S, OHKUBO K, OKUMURA Y, KOFUNE T, NAKAI T, HIRAYAMA A. Action potential alternans in the right ventricular outflow tract in a patient with asymptomatic Brugada syndrome. *Circ J.* 2009; 73: 580-3.
  - [25] MINOURA Y, DI DIEGO JM, BARAJAS-MARTÍNEZ H, ZYG-MUNT AC, HU D, SICOURI S, ANTZELEVITCH C. Ionic and cellular mechanisms underlying the development of acquired Brugada syndrome in patients treated with anti-depressants. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2012; 23: 423-32.
  - [26] CAREY SM, HOCKING G. Brugada syndrome – a review of the implications for the anaesthetist. *Anaesth Intensive Care.* 2011; 39: 571-7.
  - [27] NAMDAR M, RODRIGUEZ-MANERO M, BRUGADA P. Haemochromatosis, sinus node dysfunction and Brugada syndrome – a ménage a trois of findings in one and the same patient: coincidence or causality? *Acta Cardiol.* 2012; 67: 249-51.
  - [28] SHAHRZAD S, KHORAMSHAHI M, ASLANI A, FAZELIFAR AF, HAGHJOO M. Clinical and electrocardiographic predictors of positive response to the intravenous sodium channel blockers in patients suspected of the Brugada syndrome. *Int J Cardiol.* 2011 Sep 12. [Epub ahead of print]

- [29] MAKIYAMA T, AKAO M, HARUNA Y, TSUJI K, DOI T, OHNO S, NISHIO Y, KITA T, HORIE M. Mutation analysis of the glycerol-3 phosphate dehydrogenase-1 like (GPD1L) gene in Japanese patients with Brugada syndrome. *Circ J*. 2008; 72: 1705-6.
- [30] VALDIVIA CR, UEDA K, ACKERMAN MJ, MAKIELSKI JC. GPD1L links redox state to cardiac excitability by PKC-dependent phosphorylation of the sodium channel SCN5A. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2009; 297: H1446-52.
- [31] GAW AC, LEE B, GERVACIO-DOMINGO G, ANTZELEVITCH C, DIVINAGRACIA R, JOCANO F Jr. Unraveling the Enigma of Bangungut: Is Sudden Unexplained Nocturnal Death Syndrome (SUNDS) in the Philippines a Disease Allelic to the Brugada Syndrome? *Philipp J Intern Med*. 2011; 49: 165-176.
- [32] PERRIN MJ, GOLLOB MH. Genetics of Cardiac Electrical Disease. *008Can J Cardiol*. 2012 [Epub ahead of print]
- [33] Katarzyna MICHAUD, Maria DEL MAR LESTA, Patrice MANGIN, Florence FELLMANN. L'autopsie moléculaire de la mort subite cardiaque : de la salle d'autopsie au cabinet du praticien. *Rev Med Suisse* 2008;4:1590-1593.
- [34] SKINNER JR, CRAWFORD J, SMITH W, AITKEN A, HEAVEN D, EVANS CA, HAYES I, NEAS KR, STABLES S, KOELMEYER T, DENMARK L, VULETIC J, MAXWELL F, WHITE K, YANG T, RODEN DM, LEREN TP, SHELLING A, LOVE DR; Cardiac Inherited Disease Group New Zealand. Prospective, population-based long QT molecular autopsy study of postmortem negative sudden death in 1 to 40 year olds. *Heart Rhythm*. 2011 Mar;8(3):412-9. Epub 2010 Nov 9.
- [35] ANTZELEVITCH C. Molecular biology and cellular mechanisms of Brugada and long QT syndromes in infants and young children. *J Electrocardiol*. 2001;34 Suppl:177-81.
- [36] VATTA M, DUMAINE R, VARGHESE G, RICHARD TA, SHIMIZU W, AIHARA N, NADEMANEE K, BRUGADA R, BRUGADA J, VEERAKUL G, LI H, BOWLES NE, BRUGADA P, ANTZELEVITCH C, TOWBIN JA. Genetic and biophysical basis of sudden unexplained nocturnal death syndrome (SUNDS), a disease allelic to Brugada syndrome. *Hum Mol Genet*. 2002; 11: 337-45.
- [37] TESTER DJ, MEDEIROS-DOMINGO A, WILL ML, HAGLUND CM, ACKERMAN MJ. Cardiac channel molecular autopsy: insights from 173 consecutive cases of autopsy-negative sudden unexplained death referred for postmortem genetic testing. *Mayo Clin Proc*. 2012;87: 524-39.
- [38] KAUFERSTEIN S, KIEHNE N, PEIGNEUR S, TYTGAT J, BRATZKE H. Cardiac channelopathy causing sudden death as revealed by molecular autopsy. *Int J Legal Med*. 2012.
- [39] DENJOY Isabelle, EXTRAMIANA Fabrice, LUPOGLAZOFF Jean-Marc, LEENHARDT Antoine. Syndrome de Brugada. Encyclopédie Orphanet. Mai 2007.
- [40] BARAJAS-MARTÍNEZ HM, HU D, CORDEIRO JM, WU Y, KOVACS RJ, MELTSEER H, KUI H, ELENA B, BRUGADA R, ANTZELEVITCH C, DUMAINE R. Lidocaine-induced Brugada syndrome phenotype linked to a novel double mutation in the cardiac sodium channel. *Circ Res*. 2008; 103: 396-404.
- [41] MAKITA N, BEHR E, SHIMIZU W, HORIE M, SUNAMI A, CROTTI L, SCHULZE-BAHR E, FUKUHARA S, MOCHIZUKI N, MAKIYAMA T, ITOH H, CHRISTIANSEN M, MCKEOWN P, MIYAMOTO K, KAMAKURA S, TSUTSUI H, SCHWARTZ PJ, GEORGE AL Jr, RODEN DM. The E1784K mutation in SCN5A is associated with mixed clinical phenotype of type 3 long QT syndrome. *J Clin Invest*. 2008; 118: 2219-29.
- [42] PHILLIPS N, PRIESTLEY M, DENNISS AR, UTHUR JB. Brugada-type electrocardiographic pattern induced by epidural bupivacaine. *Anesth Analg*. 2003; 97: 264-7.
- [43] VERNOOY K, SICOURI S, DUMAINE R, HONG K, OLIVA A, BURASHNIKOV E, TIMMERMAN C, DELHAAS T, CRIJNS HJ, ANTZELEVITCH C, RODRIGUEZ LM, BRUGADA R. Genetic and biophysical basis for bupivacaine-induced ST segment elevation and VT/VF. Anesthesia unmasked Brugada syndrome. *Heart Rhythm*. 2006; 3: 1074-8.
- [44] CAREY SM, Hocking G. Brugada syndrome – a review of the implications for the anaesthetist. *Anaesth Intensive Care*. 2011; 39: 571-7.
- [45] ANTZELEVITCH C, BRUGADA P, BORGGREFF M et Als. Brugada syndrome: report of the second consensus conference. *Heart Rhythm*, 2005;2:429–440.
- [46] BRAHMI N, THABET H, KOURAICHI N, DRISS I, AMAMOU M. [Brugada syndrome and other cardiovascular abnormalities related to tricyclic antidepressants and related drugs intoxication]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2007; 100: 28-33.
- [47] MÁRQUEZ MF, BONNY A, HERNÁNDEZ-CASTILLO E, DE SISTI A, GÓMEZ-FLORES J, NAVA S, HIDDEN-LUCET F, ITURRALDE P, CÁRDENAS M, TONET J. Long-term efficacy of low doses of quinidine on malignant arrhythmias in Brugada syndrome with an implantable cardioverter-defibrillator: A case series and literature review. *Heart Rhythm*. 2012.
- [48] FURNESS G. Isoprenaline and quinidine to calm Brugada VF storm. *BMJ Case Rep*. 2012.
- [49] GRANT AO. Electrophysiological basis and genetics of Brugada syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2005; 16 Suppl 1:S3-7.
- [50] SHIMIZU W, AIBA T, ANTZELEVITCH C. Specific therapy based on the genotype and cellular mechanism in inherited cardiac arrhythmias. Long QT syndrome and Brugada syndrome. *Curr Pharm Des*. 2005;11(12):1561-72.

# **Retard diagnostique dans le cancer du sein et responsabilité civile des médecins**

**R. MISLAWSKI<sup>1</sup>**

## **RÉSUMÉ**

La responsabilité civile des médecins du fait d'un retard diagnostique en matière de cancer du sein est engagée seulement en cas de faute. Le retard diagnostique est à l'origine d'un préjudice spécifique, la perte de chance dont l'indemnisation aboutit à une réparation qui est une fraction du préjudice final subi par la patiente. La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein fait intervenir une pluralité de professionnels dont la responsabilité pourra être recherchée. La responsabilité étant individuelle chacun d'eux ne sera condamné que s'il a commis une faute personnelle. Toutefois, des chaînes de responsabilité ne sont pas rares et plusieurs praticiens peuvent être condamnés à réparer le dommage de leur patiente. Mais la charge de réparation n'est pas la même pour tous, et leur condamnation est proportionnée à la gravité de leur faute. Il ressort de l'étude de la jurisprudence, que dans bien des cas, il est possible de prévenir les situations à risque de contentieux.

**Mots-clés :** Retard diagnostique, Cancer du sein, Responsabilité médicale.

## **SUMMARY**

### ***DELAYED BREAST CANCER DIAGNOSIS AND MEDICAL LIABILITY***

*Medical liability in case of delayed breast cancer diagnosis is based on fault. Delayed diagnosis may give rise to a specific damage because patients lost opportunity of having suitable and early treatment. Thereby, patients may suffer from a much more aggressive treatment and even die. Several practioners (GP, oncologist, gynecologist, radiologist...) may be held liable only if each of them has been negligent. When several physicians are liable for damage, severity of the penalties is commensurate with the seriousness of the misconduct. Preventing risk of civil lawsuit is possible for physicians.*

**Keywords:** Delayed diagnostic, Breast cancer, Medical liability.

---

1. Médecin, docteur en droit  
Saint-Louis réseau sein – 1, avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris  
Correspondance : roger.mislawski@wanadoo.fr

Le retard diagnostique en pathologie mammaire est à l'origine d'un contentieux assez faible selon les données des assureurs [1], mais ses conséquences sont parfois lourdes pour les patientes qui en sont victimes et les professionnels dont la responsabilité peut être engagée à ce titre. Il peut s'agir d'un contentieux de nature indemnitaire (responsabilité civile ou administrative) ou de nature pénale. Nous aborderons uniquement les questions relatives à la responsabilité civile du fait d'un retard diagnostique dans cet article. Les obligations médicales en matière de diagnostic sont régies par différents textes dont la plupart appartiennent au droit commun (code civil, code de la santé publique) alors que d'autres lui sont spécifiques (code de déontologie) [2]. La jurisprudence met en pratique ces normes et les complète. Elle a un rôle fondamental pour la compréhension du droit.

Le diagnostic du cancer du sein (ainsi que celui de récurrence durant le suivi) fait intervenir une pluralité de professionnels : médecin traitant ou gynécologue, radiologue, cancérologue, chirurgien, sans compter éventuellement des auxiliaires médicaux et des préposés (secrétaires, manipulateurs en radiologie). Aussi n'est-il pas étonnant que le contentieux de la responsabilité du fait d'un retard diagnostique puisse concerner ces différents acteurs. Mais la responsabilité étant individuelle, c'est au regard de ce que chacun a fait que le juge aura à se prononcer. Il est possible, à partir de la jurisprudence (y compris celle traitant du retard diagnostique dans d'autres pathologies), de cerner les réponses que le droit a données et d'envisager jusqu'à un certain point la prévention des situations à risque de contentieux en matière de retard diagnostique. En effet, le droit a posé des principes clairs (I), mais leur mise en œuvre est diversifiée d'où des solutions parfois incertaines quant à leur portée (II).

## I. DES PRINCIPES CLAIRS

Deux principes régissent la responsabilité du fait d'un retard diagnostique : la responsabilité repose sur la preuve d'une faute médicale (1) et elle donne lieu à la réparation d'un préjudice spécifique : la perte de chance (2).

### 1. Une responsabilité pour faute

Exiger la preuve d'une faute médicale signifie que tout retard diagnostique n'est pas source de responsa-

bilité (A). En cas de reconnaissance de responsabilité, la faute de la victime peut être prise en compte par le juge pour moduler la réparation incombant au médecin (B).

### A. Tout retard diagnostique n'est pas source de responsabilité

Depuis la loi du 4 mars 2002, le cadre de la responsabilité civile des médecins est fixé sans ambiguïté par l'article L.1142-1 du CSP : la responsabilité médicale individuelle repose sur la faute. Il faut aussi, comme dans le droit commun, que le patient ait subi un dommage et qu'un lien de causalité entre celui-ci et la faute soit établi. En matière de diagnostic, la jurisprudence est donc amenée à distinguer les erreurs des fautes de diagnostic dans la mesure où l'établissement du diagnostic est affecté d'un aléa. La simple erreur de diagnostic ne permet pas d'engager la responsabilité du médecin comme l'a rappelé la cour d'appel de Douai en 2006 [3].

Une patiente chez laquelle un cancer du sein est diagnostiqué en 1996 reproche à son gynécologue, qui la suit depuis 1985, de ne pas avoir pratiqué des examens plus fréquents (elle avait une mammographie tous les trois ans) et de ne pas avoir été assez prudent dans la lecture du compte rendu de la mammographie de 1995 qui était dite « sensiblement normale » selon le radiologue. Elle invoque une perte de chance. Elle est déboutée de sa demande de réparation aussi bien en première instance qu'en appel, au motif que s'il y a bien un léger retard diagnostique, il n'est pas fautif dans la mesure où les soins ont été conformes aux bonnes pratiques de l'époque et aux données acquises de la science.

Au cœur de cette décision était la question de la faute dans le retard diagnostique. Pour qu'il y ait faute, de façon générale, il faut qu'une obligation préexistante ait été violée par la personne dont on recherche la responsabilité. Il s'agissait donc, pour le juge, de déterminer quelles étaient les obligations incombant au médecin poursuivi et de vérifier si, dans les faits de la cause, elles avaient été respectées ou non. L'arrêt Mercier en 1936 [4] a posé des principes que la loi Kouchner et le code de déontologie ont repris : les actes de prévention, d'investigations ou de soins doivent être faits dans le respect des connaissances acquises de la science [5]. Le juge doit donc établir quel était l'état des connaissances (mais aussi des bonnes pratiques) au moment des faits pour déterminer s'il existait une



faute imputable au médecin consistant à ne pas les avoir mises en œuvre. Faire l'état des connaissances acquises impose de solliciter l'avis d'un expert qui va s'appuyer sur les différentes sources qui en sont l'expression : ouvrages, articles de revues, conférence de consensus de sociétés savantes ou référentiels de la HAS, communications lors d'un congrès... En l'espèce, l'expert a considéré que le médecin avait bien suivi les recommandations de bonnes pratiques en vigueur au moment de faits : il n'avait donc pas commis de faute susceptible d'engager sa responsabilité. Notons, toutefois, que si dans l'affaire jugée à Douai, la question a été assez simple à régler, il n'en est pas toujours ainsi, et il est parfois nécessaire de recourir à plusieurs expertises qui peuvent être divergentes. Le juge, qui n'est pas lié les rapports d'expertise, aura cependant à trancher les incertitudes sur ce qu'on pouvait considérer comme les connaissances acquises s'imposant au médecin [6].

### ***B. La prise en compte de la faute du patient***

La loi Kouchner a défini les droits des personnes malades qui sont maintenant assez bien connus. Toutefois, l'article L. 1111-1 rappelle que « les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système et des principes sur lesquels il repose ». Si le patient est sujet de droit il est aussi sujet de responsabilité ce qui signifie qu'il est possible de lui reprocher des fautes qui pourront lui être opposées dans certaines circonstances. La faute du patient viendra éventuellement atténuer la responsabilité du médecin en cas de survenance d'un dommage selon le droit commun de la responsabilité civile [7]. Au maximum la responsabilité du médecin peut même disparaître si le fait de la victime a les caractères de la force majeure.

Toutefois, la jurisprudence, dans sa volonté d'aider les victimes, ne retient la faute du patient que de façon restrictive [8]. Une telle faute a été retenue contre une patiente qui avait dissimulé des renseignements sur son état de santé dont il était résulté un dommage. Elle a donc été déboutée de sa demande en réparation contre son médecin [9]. Mais cela est rare, et les agissements des patients sont rarement jugés fautifs, non seulement du fait de la mansuétude des magistrats à leur égard, mais aussi du fait qu'il y a peu de textes qui définissent ce qu'est une faute du patient. Les médecins sont assez fréquemment confrontés en consultation à l'oubli par les patientes de leurs clichés. Le professionnel

peut-il se contenter des dires de la patiente ou d'un simple compte rendu du radiologue ? En cas de retard diagnostique suite à cela, le médecin considère volontiers que l'omission de la patiente est fautive et qu'il devrait en résulter une atténuation de sa responsabilité. Les tribunaux ne partagent pas ce point de vue et la Cour de cassation a tranché explicitement ce problème : le médecin ne peut se contenter de lire un CR, il doit disposer des clichés qu'il a demandés et les lire, d'autant que le radiologue, dans l'affaire qui lui était soumise, avait porté des annotations sur des placards suspects sans mentionner ces données dans le CR [10]. L'omission de la patiente n'est pas fautive, rien n'obligeait le médecin à prendre une décision dans ces circonstances. Pour les magistrats, le médecin doit exiger de voir les clichés et ne doit pas prendre de décision avant cela, quitte à faire revenir la patiente ou à lui demander de déposer ses clichés ce qui n'est pas toujours facile à faire comprendre à la patiente et à son entourage.

## **2. Un préjudice spécifique, la perte de chance**

Ce préjudice est celui de perte de chance, qui est original dans sa définition (A) comme dans son mode de calcul (B).

### ***A. Définition***

Pour que la responsabilité civile d'un professionnel de santé soit engagée du fait d'un retard diagnostique, il faut, comme dans le droit commun, non seulement qu'il ait commis une faute, mais encore que la personne malade ait subi un dommage rattaché à la faute par un lien de causalité certain.

Au retard diagnostique dans le cancer du sein, sont imputés par les patientes ou leurs ayants droit différents préjudices : décès de la patiente, nécessité d'un traitement plus lourd (chimiothérapie plus agressive, mastectomie-curage au lieu d'une chirurgie conservatrice avec technique du ganglion sentinelle) voire récurrence ou développement de métastases. À ces préjudices s'ajoutent des conséquences patrimoniales, fonctionnelles ou familiales.

Invoquer un préjudice est une chose, en obtenir réparation en est une autre : il faut établir avec certitude que le préjudice est causalement lié à la faute du médecin. Or en matière de cancer mammaire, l'incertitude règne assez souvent ; si le traitement avait été



mis en œuvre plus tôt, le résultat aurait-il été différent ? Il est difficile de trancher dans bien des cas, la maladie étant parfois agressive d'emblée et les traitements ayant des résultats aléatoires. Le doute est donc permis. Or l'incertitude causale ne permet pas de retenir la responsabilité du médecin par rapport au préjudice qui s'est finalement produit. Est-ce pour autant qu'aucune réparation n'est possible ?

La jurisprudence a apporté une dérogation à l'exigence traditionnelle de certitude du lien causal en créant à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle un préjudice particulier, en droit commun de la responsabilité civile, dans les situations d'incertitude : le préjudice de perte de chance [11] qui ne sera admis en droit administratif qu'en 1974 [12]. Il a été consacré plus tardivement en droit de la santé tant en droit privé [13] qu'en droit administratif [14]. Il est depuis largement reconnu par les tribunaux [15]. C'est le préjudice le plus souvent reconnu en matière de retard diagnostique dans le cancer du sein [16]. Ainsi sont admises les pertes de chance de guérison, les pertes de chance d'avoir un traitement plus léger ou d'éviter des séquelles ou des conséquences dommageables du point de vue professionnel ou familial, les pertes de chance d'avoir une survie plus longue. La perte de chance a toujours un objet spécifique dont il faudra démontrer la perte d'un point de vue statistique.

Un tel préjudice est constitué quand la faute d'un médecin a fait perdre au patient une chance d'éviter un dommage sans que cette faute l'ait causé, c'est-à-dire qu'elle a fait disparaître la probabilité d'un événement favorable pour la victime [17]. La faute a empêché le patient de courir une chance dans un processus au demeurant aléatoire, c'est-à-dire qu'il n'est pas certain que le patient aurait eu un meilleur sort si la chance avait été tentée dans de bonnes conditions, mais l'éventualité favorable était statistiquement significative : la chance était réelle et sérieuse et non hypothétique. Le juge doit donc, à la suite d'un préjudice allégué, évaluer si le patient avait des chances d'éviter le dommage qui s'est produit si la faute du médecin n'avait pas été commise. C'est la perte de cette éventualité favorable qui est indemnisée au titre de la perte de chance et non le préjudice final. La faute est donc en lien de causalité avec ce préjudice spécifique et non avec le préjudice final. Si la patiente n'a pas subi de préjudice (le traitement aurait été le même, la maladie n'a pas évolué du fait du retard diagnostique) ou si elle n'avait aucune chance de voire son sort améliorer (gravité initiale de la maladie) alors le juge ne pourra faire droit à sa demande de réparation [18].

## **B. Mode de calcul**

La responsabilité civile a pour finalité de remettre la victime dans l'état où elle se serait trouvée en l'absence de faute dommageable. Elle répare donc le préjudice subi en l'évaluant d'un point de vue pécuniaire : la réparation doit être intégrale et ne doit pas aboutir à un enrichissement de la victime. Il faut donc évaluer le montant des différents chefs de préjudice dont a souffert la victime au cas par cas. Il en est de même pour le préjudice de perte de chance mais son évaluation ne va pas de soi : comment donner une valeur monétaire à des chances perdues ? La jurisprudence a hésité entre indemniser l'entier préjudice final ou seulement une fraction de ce dernier.

Accepter la réparation de l'entier préjudice, c'est admettre que la faute du médecin est causale ce qui revient à nier la spécificité du préjudice de perte de chance qui est fondée sur l'incertitude causale. Malgré cela, un certain nombre de décisions civiles et administratives ont fait le choix de ce mode de réparation par souci d'aider les patients victimes d'accidents médicaux. Ce courant jurisprudentiel a été critiqué, et on peut considérer que ce mode de calcul de la réparation de la perte de chance a été abandonné. La perte de chance ne donne droit qu'à une réparation partielle du préjudice final [19].

Le montant du préjudice de perte de chance est évalué au prorata des chances perdues c'est-à-dire à un pourcentage du préjudice définitif. Le calcul de ce pourcentage ne fait pas l'objet d'une approche scientifique indiscutable. Il repose sur les avis des experts mais il est pondéré par diverses considérations dont le juge peut faire état. L'évolution comparative de la taille de la tumeur a pu être prise en compte [20] ; entre le cliché dont la lecture a été erronée et le cliché sur lequel le diagnostic de cancer du sein a été posé, l'expert note que la tumeur est passée de 20 à 25 mm, soit une augmentation de taille de 25% sans que selon le même expert le stade du cancer n'ait changé ni que les modalités de traitements auraient été autres si le diagnostic avait été plus précoce. Le juge retient cependant la perte de chance car il conclut que l'augmentation de taille de la tumeur prouve son évolutivité. Il évalue cette perte de chance à 25%. Ailleurs, c'est la comparaison des stades de la maladie qui va jouer le rôle déterminant [21] : au moment du diagnostic la lésion mammaire de la patiente est classée T2, N1, alors que sur le cliché fait 6 mois plus tôt elle était classée T1, N0. Pour un T1, selon l'expert la survie à 10 ans est de plus de 80%, alors que pour un T2, N1, il n'est plus

que de 60 %. La perte de chance est évaluée comme la différence entre ces deux chiffres, soit 20%.

## II. UNE MISE EN ŒUVRE DIVERSIFIÉE

Si la jurisprudence a posé un certain nombre de principes en matière de responsabilité du fait d'un retard diagnostique, leur mise en œuvre est assez contrastée et les décisions des magistrats ne peuvent être parfaitement systématisées. On peut noter qu'il existe des cas où les condamnations des professionnels sont indépendantes (1) alors que dans d'autres cas il va y avoir des chaînes de responsabilité aboutissant à la condamnation de plusieurs professionnels (2).

### 1. Des condamnations indépendantes

En principe chacun est responsable de son propre fait en médecine libérale. La responsabilité pour autrui suppose un lien de préposition qui n'existe pas entre médecins ou une substitution de personne dans une relation contractuelle. On peut donc avoir aussi bien une condamnation du seul radiologue (A) que du seul médecin traitant (B).

#### A. Condamnation du radiologue

La responsabilité du radiologue est soumise à un double régime de définition de sa faute. En ce qui concerne l'interprétation des examens il n'a qu'une obligation de moyen comme tout professionnel. Par contre il est soumis à une obligation de résultat en ce qui concerne les appareils utilisés qui doivent être d'une qualité irréprochable et révisés régulièrement [22]. Bien souvent la reconnaissance de la faute du radiologue suffira à exonérer de toute responsabilité le médecin de ville ce qui est assez logique comme l'admet un arrêt de la cour d'appel de Paris [23]. Une patiente décèle une anomalie mammaire du sein droit et consulte son médecin traitant en février 2003. Celui-ci fait faire une mammographie et une échographie. Le radiologue conclut que les examens sont normaux. En juin 2003, la patiente constate que la lésion a augmenté de volume et qu'une masse axillaire est apparue. Le médecin traitant redemande des examens qui concluent à l'existence d'un cancer. Elle envisage de rechercher la responsabilité du médecin traitant et du radiologue pour retard diagnostique. Une expertise en référé est demandée : elle conclut que le radiologue a mal interprété les

clichés qui montraient en février une image suspecte et qu'il n'a pas respecté les recommandations de l'ANAES, en particulier il n'a pas examiné la patiente. La responsabilité du radiologue est retenue et il est condamné pour perte de chance évaluée à 20%. On peut trouver de nombreuses décisions de ce genre où la faute du radiologue est indiscutable (clichés de mauvaise qualité, compte rendu incomplet, retard de transmission des documents...) et a entraîné un retard de diagnostic qui lui est totalement imputable sans que le médecin traitant ne soit mis en cause [24].

#### B. La condamnation du seul médecin traitant

Il est possible d'avoir une condamnation du seul médecin traitant si celui-ci n'a pas demandé des examens radiologiques chez une femme à risque, en particulier s'il veut instituer un traitement hormonal substitutif, s'il n'a pas été assez vigilant chez une patiente porteuse de prothèses, s'il n'a pas fait faire de biopsie sur une lésion signalée par le radiologue ou n'a pas fait faire les clichés de contrôle dans les délais indiqués par le radiologue, ou s'il n'a pas suivi les recommandations des référentiels de bonnes pratiques, s'il a eu des doutes sur la conduite à tenir mais n'a pas adressé la patiente à un spécialiste... [25]

### 2. La condamnation de plusieurs professionnels

Bien souvent le radiologue et les médecins prenant en charge la patiente pourront voir leur responsabilité engagée. Il n'y a de chaîne de responsabilité que s'il y a une chaîne de fautes commises par chacun des intervenants dont l'association va causer un dommage à la patiente (A). S'il existe des chaînes de responsables, la contribution de chaque professionnel n'en est pas moins individualisée (B).

#### A. Une chaîne de fautes

Si la jurisprudence a pu considérer, comme nous l'avons dit dans le paragraphe précédent, que la faute d'un radiologue pouvait suffire à expliquer un retard diagnostique et donc à disculper le médecin traitant, elle n'en fait pas un principe, loin de là. Dans bien des cas la faute d'un médecin, en particulier celle d'un radiologue, n'est pas nécessairement exonératoire de responsabilité pour un médecin tiers (a), et la juris-

prudence détermine les comportements fautifs imputables aux médecins justifiant la reconnaissance d'une chaîne de responsabilités (b).

*a. Une faute non nécessairement exonératoire de responsabilité pour un tiers*

La conception médicale et juridique de la responsabilité ne coïncident pas toujours. Bien des médecins pensent que la faute commise par un spécialiste auquel ils ont confié un patient doit valoir exonération de leur responsabilité. La jurisprudence va contre la logique médicale comme le montre un arrêt de la Cour administrative d'appel Paris [26]. Une patiente était suivie pour une dystrophie poly kystique des seins par un gynécologue hospitalier qui faisait réaliser les mammographies par un radiologue de ville en 1990, 1993 et 1994. Elles ont été considérées comme normales. Mais en 1994 un cancer du sein est diagnostiqué et la patiente recherche la responsabilité du radiologue et du centre hospitalier pour retard diagnostique. Une expertise reconnaît une faute d'interprétation du radiologue de ville : dès juillet 1993 on pouvait noter une image si ce n'est typique de cancer du moins suffisamment suspecte pour faire demander des examens complémentaires ce dont le radiologue n'avait pas fait mention. Devant le tribunal administratif le centre hospitalier est reconnu responsable pour une part d'un préjudice de perte de chance.

L'hôpital interjette appel de cette décision. L'établissement de santé, pour sa défense, avance le fait que le radiologue avait commis une faute qui avait induit en erreur le gynécologue hospitalier. L'argument est rejeté et la cour d'appel confirme la décision de la juridiction de première instance en énonçant que si le radiologue « a sous évalué les résultats des examens pratiqués, induisant ainsi en erreur le praticien hospitalier, il incombait à celui-ci, gynécologue et chef de service, s'il a examiné les clichés, de déceler les signes qui ont été vus par les experts et au besoin de rechercher l'avis d'un praticien hospitalier spécialiste de l'imagerie médicale ». Il existe donc un retard de 2 ans qui aurait pu être mis à profit pour un traitement plus précoce évitant éventuellement un envahissement ganglionnaire qui a été constaté lors de l'intervention. Le tribunal considère que la faute du tiers n'est pas de nature à atténuer la responsabilité du centre hospitalier.

Le tribunal prend en compte le mode d'exercice et la qualification du médecin. Ici, il s'agit d'un chef de service et de ce fait la cour a plus d'exigence à son

égard qu'elle n'en aurait vis-à-vis d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue de ville. Non seulement le praticien hospitalier chef de service est présumé avoir une compétence assez étendue, mais en plus il exerce dans un environnement favorable pour faire appel à des consultants. Il y avait suffisamment d'éléments pour susciter un doute chez ce médecin qui devait le conduire, en application des prescriptions du code de déontologie [27], à faire appel à un tiers compétent, solution retenue par de nombreux arrêts [28]. La solution donnée par cet arrêt a bien entendu une portée large qui dépasse le cadre du litige qui l'a suscitée.

*b. La diversité des fautes*

Si la faute du radiologue, ou de tout autre médecin, n'est pas exonératoire de responsabilité pour un médecin tiers prenant en charge une même patiente, ce n'est que dans la mesure où on retient à l'encontre de ce dernier une faute propre source de sa responsabilité. On peut se demander comment un médecin traitant ou un gynécologue peuvent commettre une faute alors qu'ils ont été « trompés » par un examen radiologique défectueux qui semblerait à lui seul suffisant pour expliquer le retard. Il faut rappeler que la faute médicale ne consiste pas seulement à ne pas avoir respecté les données acquises de la science mais aussi à ne pas avoir donné des soins consciencieux et attentifs. C'est la dimension éthique et non strictement technique des actes de soins ou de diagnostic qui est prise en compte par les juges en référence à l'article 32 du code de déontologie médical dans ce contexte où interviennent des médecins de qualifications différentes.

La jurisprudence a donc aussi défini, au cas par cas, ce qu'est un médecin « consciencieux et attentif » dans la phase diagnostique de la prise en charge d'une patiente parallèlement à sa détermination des fautes consistant à ne pas respecter les données acquises de la science. Défaut de conscience et d'attention recouvrent deux types de faute parfois nettement individualisées. Le défaut d'attention est un manquement relativement à une question de technique médicale : le médecin a été négligent. Le défaut de conscience est plutôt un manquement dans la prise en charge du patient. Les distinctions entre ces deux composantes de la faute éthique ne sont pas toujours aussi nettes.

La négligence a pu être retenue dans les cas suivants :

- ✓ Un médecin a un doute sur la qualité d'un cliché et ne le fait pas refaire voire persiste à faire faire des clichés par un radiologue auquel il ne devrait pas donner son agrément [29] ;
- ✓ Un médecin, alors qu'il constate une masse palpable et que la mammographie est considérée comme normale par le radiologue, ne demande pas d'examen complémentaire ou n'adresse pas la patiente à un cancérologue ;
- ✓ Un médecin alors que la mammographie est douteuse poursuit la prescription d'un traitement substitutif de la ménopause qui aurait du susciter chez lui un regain de prudence.

Le manquement à se comporter comme un médecin consciencieux a pu être retenu dans les cas suivants :

- ✓ Un médecin ne prend pas connaissance des clichés qu'il a demandés ce qui va occasionner un retard diagnostique et se contente de lire un CR erroné. Pour justifier la reconnaissance d'une telle faute, il faut rappeler que le médecin qui adresse une patiente à un spécialiste n'est pas qu'un simple prescripteur d'un acte technique réalisé par un tiers dont il n'a pas la compétence. Il est celui qui prend en charge la patiente, qui est investi de sa confiance et qui coordonne les autres spécialistes qui peuvent intervenir autour d'elle. Il doit donc vérifier que les examens ont été faits et bien faits. Pour cela il doit en prendre connaissance. Dans certains cas un doute peut naître devant la médiocre qualité d'un cliché ou devant l'incomplétude d'un compte rendu, voire devant des contradictions entre compte rendu et clichés parfois annotés. Cela ne signifie pas que si le clinicien avait regardé les clichés cela aurait permis d'éviter le retard diagnostique, mais que les chances d'arriver à un diagnostic en temps utile auraient été accrues ;
- ✓ Un médecin n'a pas reçu les examens radiologiques qu'il a prescrits chez une femme présentant des antécédents de cancer du sein dans sa famille. La patiente est revue trois ans plus tard avec un cancer évident. Bien entendu le radiologue est fautif de ne pas avoir adressés les documents, mais le médecin aurait dû se préoccuper lui-même d'obtenir les documents si ceux-ci ne lui étaient pas parvenus ;
- ✓ Un médecin ne convoque pas une patiente alors que des examens, qu'il a fait pratiquer, sont dou-

teux. Le médecin doit constamment interroger ses pratiques et éviter la routine pour s'adapter à la situation de chaque patient qu'il traite.

Parfois la faute éthique est reconnue, mais il est plus délicat de distinguer s'il s'agit d'une négligence ou d'un manque de conscience : tel est le cas lorsque un médecin ne modifie pas sa stratégie diagnostique alors que la situation de la patiente continue à évoluer (augmentation de taille de la lésion) malgré des examens faussement rassurants. Ce qui initialement était une simple erreur, devient avec le temps une faute.

Ces différentes fautes auraient pu être évitées et le diagnostic erroné du radiologue aurait pu être redressé dans un certain nombre de cas. Il y a bien sur un doute sur l'effet de la prise en charge attentive et consciencieuse du clinicien, mais nous sommes dans le domaine de la perte de chance et l'incertitude sur le résultat n'est pas un obstacle à retenir la responsabilité du professionnel.

## **B. Une contribution individualisée**

La gravité de la faute permet de pondérer l'obligation à réparer de chacun des professionnels qui a pris en charge une patiente qui a subi un dommage (a). Ce partage de la dette de réparation au prorata des fautes justifie qu'un médecin puisse avoir un recours contre un co-auteur qui n'a pas été attrait en justice par la victime (b).

### *a. Une obligation à réparer pondérée selon la gravité de la faute*

Si plusieurs médecins peuvent voir leur responsabilité engagée, cela ne signifie pas qu'elle le sera de la même manière [30]. Une patiente effectue une mammographie en avril 1991, jugée normale. En avril 1992 apparaît une petite masse du sein gauche considéré comme bénigne ; aucun examen n'est pratiqué et elle se fait traiter par un homéopathe qui pratique une injection d'un produit de mésothérapie. En décembre la patiente voit un sénologue ; une mammographie suivie de biopsies permet le diagnostic de cancer pour lequel la patiente est traitée. En 1998, apparaît une induration de la cicatrice. En mars 1999 est posé le diagnostic de récurrence pour laquelle elle est traitée ce qui n'empêche pas le développement de métastases osseuses. La patiente engage une action en responsabilité civile contre les différents médecins qui l'ont pris en charge ; elle décède en cours d'instance qui est reprise par son mari. En première instance, le méde-



cin traitant, l'homéopathe et le sénologue voient leur responsabilité engagée au titre de la perte de chance de survie évaluée à 80% dans la proportion de 60%, 25% et 15%. Les médecins interjettent appel de cette décision. L'appel va être marqué par les difficultés de l'expertise en ce qui concerne le sénologue. Un premier rapport considère que sa gestion de la maladie a été mauvaise de bout en bout. Un deuxième rapport l'exempte de faute. Une troisième expertise critique l'appréciation du pourcentage de chances perdues qui n'est pas suffisamment argumenté. Il conclut que la perte de chance est seulement imputable à l'homéopathe et au médecin traitant et non au sénologue. Il l'évalue à 25% dans la proportion de 65% et 35%. Le même schéma de distribution des proportions de responsabilité est illustré par un arrêt de la cour d'appel de Montpellier où la perte de chance est de 50% répartie en un radiologue (70%), un chirurgien (10%) et un cancérologue (20%) [31].

### *b. La possibilité d'un recours*

Le procès civil naît de la demande en justice formulée par le patient victime d'un dommage. C'est lui qui désigne les personnes qu'il poursuit et le juge n'a pas la possibilité de modifier les prétentions du demandeur. Toutefois, le défendeur, s'il estime que des tiers qui n'ont pas été attirés en justice par la victime peuvent avoir joué un rôle et doivent assumer une part de responsabilité, peut faire une demande d'intervention forcée pour que ces tiers soient condamnés à le garantir d'une partie de l'indemnisation afin que la totalité de la réparation ne reste pas à sa charge [32].

Une affaire ayant donné lieu à un arrêt de la Cour de cassation illustre cette procédure [33]. Un gynécologue suit une patiente à partir de 1988 et prescrit des mammographies faites régulièrement par le même radiologue. Ce dernier note la présence de micro calcifications en 1992, et l'apparition de micronodules en 1994. En 1996, la patiente n'amène pas ses radios et le gynécologue se contente de lire le CR du radiologue qui ne signale rien de particulier. En 1998 on découvre un cancer du sein qui est opéré. La patiente présente ultérieurement une métastase cervicale. La patiente invoque un retard diagnostique et recherche la responsabilité de son seul gynécologue. Ce dernier appelle en garantie le radiologue qui pour lui a commis une faute. Le gynécologue est reconnu responsable d'un retard diagnostique source d'une perte de chance pour la patiente, mais le radiologue est mis hors de cause.

Appel est interjeté, puis un pourvoi en cassation est formé par le gynécologue.

La Cour de cassation va lui donner raison contre le radiologue sous la forme d'une décision de principe au visa de l'article 1147 du code civil et de l'article 60 du code de déontologie médicale, en affirmant qu'« il incombe au médecin ayant réalisé un acte médical à la demande d'un confrère d'informer ce dernier par écrit de ses constatations conclusions et éventuelles prescriptions ». La cour d'appel a donc violé ces textes en déboutant le gynécologue de son appel en garantie au motif que le radiologue avait bien signalé l'anomalie en annotant les clichés et que la lecture des clichés l'aurait révélée, alors qu'il n'avait pas mentionné l'ensemble des informations dans le CR. La décision des juges du fond est cassée avec renvoi devant une autre cour d'appel. L'appel en garantie donne lieu comme on le voit à un procès dans le procès opposant uniquement les deux médecins, sans intervention de la patiente : en effet quelle que soit l'issue de l'appel en garantie, l'indemnisation mise à la charge de son gynécologue lui apporte une réparation complète. Elle n'a plus aucun intérêt dans la suite de la procédure. Pour la Cour de cassation, le radiologue a donc une part de responsabilité dans le préjudice de perte de chance ; la cour de renvoi devra déterminer le montant de sa contribution qui viendra diminuer celle du gynécologue.

L'appel en garantie n'est pas la seule possibilité offerte à un médecin de faire supporter une partie du poids d'une condamnation à réparer le préjudice subi par un patient par un autre médecin fautif contre lequel la victime n'a pas introduit d'instance. Il bénéficie aussi d'une action récursoire [34]. Cette procédure impose un nouveau procès dans lequel le médecin condamné est le demandeur et le médecin qu'il présume en faute est le défendeur. Si la faute du défendeur est retenue par le tribunal, il sera condamné à supporter une part de réparation comme dans l'appel en garantie au prorata de sa faute.

## CONCLUSION

A travers la jurisprudence se dessine, au-delà des normes, le portrait de ce que la société attend d'un médecin ou d'une équipe médicale. Elle instaure une obligation de collaboration étroite entre les acteurs sans qu'aucun ne soit dessaisi de sa responsabilité vis-à-vis du patient. Un médecin ne peut se décharger sur un autre de ses devoirs. Un médecin n'est pas seulement



soumis à des obligations techniques mais aussi à des obligations éthiques qui dépassent et encadrent les premières. La compréhension des données de la jurisprudence ouvre la voie à la prévention des situations à risque. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] MACSF, rapport d'activité, les risques des professionnels de santé en 2010.
- [2] Article 33 du code de déontologie.
- [3] Cour d'appel de Douai, 23 novembre 2006, n° 23-11-2006.
- [4] BERGOGNAN -ESPER C, SARGOS P, Les grands arrêts du droit de la santé, Dalloz, 2010, n° 29-32.
- [5] Article L. 1110-5 CSP ; article 32 du code de déontologie.
- [6] Article 246 du code de procédure civile.
- [7] NAMER Q, GOMBAULT N, PALEY-VINCENT C, La faute de la victime, cause exonératoire de la responsabilité du médecin ?, Responsabilité, 2009, n° 35.
- [8] Les obligations du patient (Actes du colloque de l'AF-JDS du 13 juin 2003), *RGDM*, 2003, n° 11.
- [9] VÉRON P, Dissimulation par la patiente de son état de santé et exclusion de responsabilité du praticien ; vers un devoir de collaboration du patient, *Droit et santé*, 2012, 603-606, note sous civ. 1<sup>re</sup>, 20 janvier 2011, n° 09-68042.
- [10] Civ. 1<sup>re</sup>, 29-11-2005, n° 04-13805
- [11] DORSNER DOLIVET A, La responsabilité médicale, *Economica*, 2006, n° 132.
- [12] CE, 20-2-1974, sucrerie coopérative agricole de Vic sur Aisne, *Leb*, 121, t. 443.
- [13] Civ. 1<sup>re</sup> 14/12/1965, *JCP G*, II, 14753, note R. Savatier.
- [14] CE 5 janvier 2000, AP-HP c/Guilbot, *RDSS* 2000, 357-365, note Dubouis.
- [15] BERGOGNAN-ESPER C, SARGOS P, Les grands arrêts de la jurisprudence du droit de la santé, Dalloz, 2010, n°86-89.
- [16] Civ. 1<sup>re</sup>, 29 novembre 2005 n° 04-13805 ; CAA Paris, 8 novembre 2006 n° 03PA00657.
- [17] DORSNER-DOLIVET A, La responsabilité du médecin, *Economica*, 2006, n°132.
- [18] LE TOURNEAU Ph, Droit de la responsabilité et des contrats, *Dalloz action*, 2004, n° 1432.
- [19] VINEY G, JOURDAIN P, Les conditions de la responsabilité, 3<sup>e</sup> éd., LGDJ, 2006, n° 373.
- [20] C. appel, Agen, 18 décembre 2009, n° RG, 08/00319.
- [21] C. appel de Paris, 12 novembre 2010, n° 08/23503.
- [22] Cahier des charges relatif aux programmes de dépistage des cancers du sein (arrêté du 29 septembre 2006).
- [23] Cour d'appel de Paris, 12 novembre 2010, n° 08/23503.
- [24] Décision similaire ; CA d'Agen, 18 février 2009, n° RG, 08/00319.
- [25] DORSNER-DOLIVET A, La responsabilité du médecin, *Economica*, 2006, n° 91.
- [26] CAA Paris, 8 novembre 2006, n° 03PA00657
- [27] Article 33 ; « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin [...] en s'aidant [...] s'il y a lieu de concours appropriés ».
- [28] Civ. 1<sup>re</sup>, 27 novembre 2008 ; LPA, 12 mars 2009, p. 47.
- [29] Article 60 du code de déontologie médicale.
- [30] Cour d'appel d'Angers, 9 juillet 2008, n° 03/01687.
- [31] Cour d'appel de Montpellier, 6 octobre 2010, n° 09/00161.
- [32] Article 66 du code de procédure civile.
- [33] Civ. 1<sup>re</sup>, 29 novembre 2005, pourvoi n°04-13805.
- [34] VINEY G, JOURDAIN P, Les conditions de la responsabilité, 3<sup>e</sup> éd., LGDJ, 2006, n° 421 et s.

# Le médecin coordonnateur dans l'injonction de soins... réflexions et partage d'expériences

P.-M. DANG-VU<sup>1</sup>, V. DANG-VU<sup>2</sup>, C. COTTIN<sup>3</sup>,  
J.-Y. GUIROY<sup>4</sup>, F. NOUHET<sup>5</sup>, P. CEZERA<sup>6</sup>

## RÉSUMÉ

L'injonction de soins fait partie des possibilités de soins obligés auxquels peuvent être contraints nombre de probationnaires. Par la loi du 17 juin 1998, l'injonction de soins fait intervenir le médecin coordonnateur dont le rôle n'est pas toujours compréhensible facilement par les conseillers d'insertion et de probation et par les médecins traitants, surtout quand le dispositif n'est proposé que depuis quelques mois dans certains départements. Une rapide précision du rôle de médecin coordonnateur devenait alors intéressante à proposer, afin que la lutte contre la récidive, dont tout praticien peut un jour être acteur, n'en soit que plus efficace.

**Mots-clés :** Suivi socio-judiciaire, injonction de soins, loi du 17 juin 1998, médecin coordonnateur, soins psychothérapeutiques, traitements pharmacologiques.

1. Dr. Pierre-Mathieu DANG-VU, psychiatre, médecin coordonnateur, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Niort (79000), service de psychiatrie et psychologie médicale. Courriel : pierre-mathieu.dang-vu@ch-niort.fr, Tél. : 05 49 78 39 70, Fax : 05 49 78 39 69.
2. Dr. Vincent DANG-VU, rhumatologue, radiologie osseuse, électromyographie, réparation du dommage corporel (Lognes 77 185), ancien interne des Hôpitaux de Nancy, ancien assistant chef de clinique.
3. Mme Cassandre COTTIN, juriste, Niort (79000).
4. Dr. Jean-Yves GUIROY, psychiatre, médecin coordonnateur, praticien attaché, Centre Hospitalier de Niort (79000), service de psychiatrie et psychologie médicale.
5. Dr. François NOUHET, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Niort (79000), service de psychiatrie et psychologie médicale.
6. M. Philippe CEZERA, cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Niort (79000), centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

## SUMMARY

### CO ORDINATING PHYSICIAN IN CARE INJUNCTION : CONSIDERATIONS AND SHARED-EXPERIENCES

*The care injunction is part of the mandatory care options which many probationers may have to abide by. The role of the coordinating physician who is involved, according to the Act of 17th June, 1998, is not always easily understandable by probational officers, insertion officers and general practitioner. This role is even more unclear in some departments of France where the system has only been in place for a few months. It has become important to redifine the coordinating physician's role so that overcoming recidivism can be achieved more efficiently, as any practitioner may one day have a part to play.*

**Keywords:** *Socio legal follow-up, care injunction, Act of June 17th, 1998, co ordinating physician, psychotherapy care, pharmacological treatment.*

## I. INTRODUCTION

L'injonction de soins (IS) est une des facettes des soins obligés, avec notamment l'obligation de soins (OS).

L'OS prévue par l'article 132-45 du Code pénal (CP) peut être mise en œuvre sans procédure particulière (ajoutée ou supprimée par ordonnance du juge de l'application des peines [JAP]). Les soins s'y rapportant, prévus par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du Code de la santé publique (CSP), concernent les condamnés faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle excessive de boissons alcooliques. Les soins sont jugés effectifs par la production de justificatifs de suivi par l'intéressé. *La concertation entre l'autorité judiciaire et le personnel de santé est à la discrétion des intéressés.*

L'IS a été créée par la loi du 17 juin 1998 [1] relative au suivi socio-judiciaire (SSJ) lorsque ce dernier est encouru et qu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté [2].

L'article L. 3711-1 du CSP précise la mise en œuvre de l'injonction de soins prévue par l'article 131-36-4 du CP : « le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur [...] ».

L'article 131-36-4 du CP précise : « Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il

est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale [...] ».

*L'IS se distingue donc de l'OS notamment par la présence du médecin coordonnateur (MC) et la nécessité d'une expertise préalable.*

Le MC se situe à l'interface entre justice et soins. Il intervient dans la mise en œuvre de l'injonction de soins : il est un intermédiaire entre le JAP et le médecin traitant (MT) et est donc un rouage à part entière de la lutte contre la récidive comme le dispose l'article L. 3711-1 du CSP. Le dispositif de l'IS se veut donc plus contenant pour le probationnaire et plus exigeant pour les soignants dont l'action est évaluée par le MC, ce dernier étant en lien avec les instances judiciaires.

Que son rôle soit présenté par la direction des affaires criminelles et des grâces [3], par le ministère de la santé et des sports [4, 5], les missions attribuées sont suffisamment claires ou floues – pour quelqu'un n'ayant pas reçu de formation juridique – pour permettre une latitude dans la pensée des soins du probationnaire. Le revers de la médaille est sans aucun doute le sentiment de solitude face à une répartition des responsabilités qui reste à être clarifiée.

Ces responsabilités, on peut l'imaginer, seront examinées en cas de rechute – récidives graves de ces patients – probationnaires pour le moins singuliers. Cet écrit est donc un condensé de l'expérience clinique d'un MC mais aussi une tentative de clarification du rôle de ce dernier.

C'est pourquoi l'objet de ce document renvoie à quelques certitudes mais aussi à beaucoup d'interrogations légitimement survenues dans le cadre d'une pratique forcément interpellée par la multiplicité des tableaux cliniques et judiciaires rencontrés.

## II. LES QUELQUES CERTITUDES

Le médecin coordonnateur, ayant reçu une formation adéquate et inscrit sur la liste ad hoc du procureur, est nommé par ordonnance du JAP. Sa mission est de garantir un équilibre satisfaisant entre les préoccupations de la justice et les exigences du secret médical [3]. Il n'a pas pour mission de traiter le condamné. Il est donc amené à voir le patient une fois par trimestre selon les documents sus cités, ou « au moins une fois par an » comme précisé dans certaines ordonnances

afin de réaliser un bilan de la situation du probationnaire. Il rend son rapport au moins une fois par an. Il y transmet au JAP et/ou au travailleur social les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.

## III. LES INTERROGATIONS, L'EXPÉRIENCE DE L'AUTEUR

Bien que la loi (Cf. supra) ait prévu l'injonction de soins dans le cadre d'un SSJ depuis 1998, la mise en œuvre du dispositif à Niort remonte seulement à mai 2011.

Le MC doit conseiller le MT *si celui-ci en fait la demande* [3]. Sur les vingt-et-un probationnaires que nous prenons actuellement en charge, aucun de leurs médecins traitants ne nous a demandé conseil (nous prenons donc les devants) et deux ont refusé d'avoir accès au dossier judiciaire (et notamment les expertises) de leurs patients, que la loi nous oblige à leur proposer.

A savoir que le MT doit fournir son accord écrit par lettre recommandée avec avis de réception au MC pour la prise en charge du probationnaire, ce qui n'a jamais été fait en l'occurrence dans notre expérience.

Si tant est que notre rapport est accompagné de « propositions » sur les modalités de poursuite de la mesure (art. R. 3711-21 du CSP), le JAP ne peut intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant (art. R. 3711-18 du CSP). La limite est à notre sens ténue quand la non observation du SSJ entraîne un emprisonnement supplémentaire.

Qu'est ce que le suivi socio-judiciaire opposable au probationnaire ? Nous dirions une prise en charge holistique (« globale ») intégrant le suivi par le conseiller d'insertion et de probation (CIP), MT, JAP, MC... mais parfois aussi la prise en charge médicalemente et la surveillance biologique (ex : bilan hépatique, volume globulaire moyen, transferrine désyalisée, surveillance urinaire de prises de toxiques, testostéronémie, etc.).

Dans l'expérience menée à Niort, un hiatus peut parfois survenir quand MT et MC ne sont pas d'accord sur l'indication d'un traitement médicamenteux, et plus précisément quand le MT, même appuyé par une ou plusieurs expertises, se refuse à prescrire un traitement médicamenteux. Sans savoir si tout était fait dans les règles de l'art, nous avons pris le parti, quand aucun traitement médicamenteux ou surveillance biologique

n'avaient été prescrits – ces derniers ayant été jugés utiles si ce n'est obligatoirement préalables à une prise en charge cohérente – de les faire ordonner par un confrère « consentant ». Ceci surajoute une lourdeur au dispositif, et peut faire comprendre au probationnaire que son état ne justifie pas pleinement l'ensemble des mesures préconisées.

Pour les médecins traitants timides ou impressionnés par l'étendue de leurs missions, il est bon de leur (re)préciser que la loi les autorise à prescrire tous genres de médicaments (y compris les médicaments inhibant la libido et donc également les neuroleptiques retard) comme le précise l'article L. 3711-3 du CSP.

Sur les vingt-et-un probationnaires cités plus haut, deux ont été réincarcérés. Un pour des faits antérieurs à la condamnation accompagnée du SSJ et découverts récemment, et un pour une authentique récidive dans un contexte de précarisation sociale et affective brutale.

#### IV. LE RAPPORT DU MC

Ce rapport doit être transmis une fois par an et deux fois par an pour certains criminels dont le crime est mentionné à l'article 706-53-13 du Code de procédure pénale.

L'option que nous avons choisie est de transmettre un premier jet dès la fin de la première rencontre, ce qui permet par un support écrit d'entrer en contact avec les différents intervenants et de confronter les points de vue. Dans ce rapport, un résumé des différentes expertises et jalons (relevés SPIP [service pénitentiaire d'insertion et de probation], comptes rendus d'audition, etc.) de la prise en charge déjà existants est réalisé, ce qui permet sur un seul document d'évaluer le parcours du probationnaire : évolutions d'un éventuel déni, prises en compte de la victime et des répercussions des actes dans le discours du probationnaire, etc.

Se suivent ensuite des rapports annuels obligatoires ou d'autres exceptionnels quand la situation l'exige : non observation du suivi, évolutions notables, mises au point nécessaires, etc.

Ce rapport, plus qu'une obligation parfois fastidieuse dont il faut s'acquitter, peut alors devenir une pièce maîtresse du dossier du condamné. Il est adressé à tous ceux qui prennent le condamné en charge, il est l'objet de débat, est partagé avec le condamné lors des consultations avec le MC ou de réunions triangulaires

(rassemblant soignant, probationnaire, conseiller d'insertion et de probation) et trouve donc son utilité dans sa publication pluri annuelle, tenant alors compte de l'évolution – et de l'évolutivité – de la situation des condamnés.

#### V. CONCLUSION

Sans vouloir être à tout prix consensuel, c'est la cohérence de pensée du soin entre tous les intervenants (MC, MT, JAP, SPIP, infirmière libérale parfois) qui permettra au patient – probationnaire d'intégrer la nécessité d'une prise en charge globale de sa problématique d'agresseur ou ex-agresseur. L'interface que représente le MC ne peut être utile et efficace que si un lien ici matérialisé par le(s) rapport(s) pluri annuels, rend synergique l'action des différents intervenants du monde de la Santé et de celui de la Justice.

Le souci principal du MC est de donner, si besoin était, cette cohérence à la prise en charge de ces patients condamnés, d'en assurer le maintien, et de pouvoir grâce à sa position extérieure aux soins et à sa formation de médecin avoir une fonction de conseil ou d'orientation quant aux soins administrés.

Les trois principales questions auxquelles il doit répondre pourraient donc être les suivantes : « les soins sont-ils adaptés, faut-il les modifier, quel type de traitement médicamenteux faut-il éventuellement mettre en place en plus du suivi psychothérapique ? ».

Pour ceux qui sont parfois face à leurs propres limites et impuissances : quand trop de probationnaires considèrent leur peine exécutée, disant souffrir d'un SSJ supplémentaire et contraignant, c'est à nous de remettre en exergue la gravité des actes posés et la nécessaire inquiétude sociétale à leur sujet. Ne soyons pas entraînés dans leur propre banalisation d'actes parfois anciens. ■

#### BIBLIOGRAPHIE

- [1] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, version consolidée du 26 juillet 2009, paru au JO n° 139 du 18/06/1998 (rectificatif paru au JO n° 151 du 02/07/1998).
- [2] Guide de l'injonction de soins, chap. 2, p13-15, ministère de la santé et des sports, août 2009.



- [3] Le médecin coordonnateur, présentation du dispositif, circulaire du 20 septembre 2010, direction des affaires criminelles et des grâces, sous direction de la justice pénale générale.
- [4] Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins autres que psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique, ministère de la Santé et des Sports.
- [5] Prévention de la délinquance sexuelle, injonction de soins et suivi socio-judiciaire, livre VII, lutte contre les maladies et dépendances, Code de la Santé Publique. Articles L. 3711-1 et suivants.

## **L'expertise psychiatrique pénale : à propos de 169 cas**

**L. ZOUARI, I. FEKI, J. BEN THABET, N. CHARFI, N. ZOUARI, M. MAÂLEJ**

### **RÉSUMÉ**

**Objectif :** Dresser le bilan de cinq ans d'une activité d'expertises psychiatriques pénales.

**Sujets et Méthodes :** L'étude a porté sur les dossiers des inculpés examinés, dans le cadre d'expertises psychiatriques pénales, dans un service de psychiatrie, à Sfax en Tunisie, entre début 2002 et fin 2006. Il est à signaler que c'étaient surtout les inculpés présumés présenter des troubles mentaux qui étaient soumis à l'expertise.

**Résultats :** L'étude a porté sur 169 inculpés, dont 94 % de sexe masculin. Leur âge moyen était de 31 ans 3 mois. Ils étaient d'origine urbaine ou semi-urbaine dans 80 % des cas. Sur le plan professionnel, le taux des inactifs ou irréguliers était de 84,6 %. Un passé psychiatrique a été relevé chez 75,2 % et des antécédents judiciaires chez 26,6 %. Les principales infractions étaient : homicide ou tentative d'homicide (17,2 %), coups et blessures (18,9 %), vol (27,2 %), délits sexuels (8,9 %). Sur le plan nosographique, 49,7 % avaient une personnalité antisociale, 13 % souffraient de schizophrénie et 11,2 % de retard mental. La démence au sens légal a été retenue pour 35,5 %.

**Conclusion :** Notre étude a permis de vérifier l'importance de facteurs criminologiques, utiles pour orienter la prévention, comme le sexe masculin, l'âge jeune, la précarité de la situation socioprofessionnelle et les antécédents judiciaires. Les troubles mentaux étaient fréquents, mais il s'agissait surtout de troubles de la personnalité.

**Mots-clés :** Crime, Droit pénal, Expertise, Psychiatrie légale, Troubles mentaux.

---

Service de psychiatrie « C », CHU Hédi CHAKER – 3029 SFAX – TUNISIE

*Adresse de correspondance :*

Docteur Lobna Zouari : Service de psychiatrie « C », CHU Hédi Chaker, route El Aïn km 1 ; 3029 Sfax - Tunisie.

Tél. : 216 74 65 34 76

Fax : 216 74 24 13 84

E-mail : lobna\_zouari@yahoo.fr

## SUMMARY

### FORENSIC PSYCHIATRIC EXPERTISE: ABOUT 169 CASES

**Purpose:** Evaluation of five-year activities of forensic psychiatry expertise.

**Subjects and Methods:** We reviewed files of defendants who were examined by forensic psychiatric experts, in a psychiatric department, in Sfax, Tunisia, from 2002 through 2006. We wish to highlight that in most of the cases the defendants submitted to expertise were suspected of mental disorders.

**Results:** This study focused on 169 defendants, 94% of which were male. Their mean age was 31 years and 3 months. Their residence area was urban or semi-urban in 80% of the cases. The rate of the unemployed or those having irregular jobs was 84,6 %. Seventy-five per cent had psychiatric records and 26,6% had legal antecedents. The main offenses were: homicides or homicide attempts (17,2%), assaults and injuries (18,9%), theft (27,2%) and sexual offenses (8,3%).

Concerning the diagnosis, 49,7% had an antisocial personality disorder, 13% suffered from schizophrenia and 11,2 % had mental retardation. Lunacy was observed in 35,5% of the cases.

**Conclusion:** Our study confirmed the importance of criminological factors, such as male sex, young age, precarious social status and legal antecedents, in guiding prevention. The mental disorders were frequent, especially personality disorders.

**Keywords:** Crime, Criminal law, Expertise, Forensic psychiatry, Mental disorders.

## I. INTRODUCTION

La transgression de la loi peut être un acte délibéré chez un sujet majeur et lucide. Mais elle peut être aussi le résultat d'une défaillance des capacités de jugement et de discernement, par manque d'âge ou par aliénation mentale. L'article 38 du Code Pénal Tunisien postule : « l'infraction n'est pas punissable lorsque le prévenu n'avait pas encore atteint l'âge de 13 ans ou était en état de démence au temps de l'action ».

L'expertise psychiatrique, acte à visée non thérapeutique demandé à un psychiatre par une autorité ou un organisme, permet d'apprécier l'état mental d'une personne et d'en évaluer les conséquences, qui ont des incidences pénales, civiles, administratives ou contractuelles [5].

L'expert a le statut d'auxiliaire de la justice dont les conclusions ne lient pas le juge. Il revient à celui-ci de déterminer, en fin de compte, la responsabilité de l'inculpé et de prendre la décision appropriée en confrontant plusieurs sources de données ; la conclusion de l'expert est une de ces sources [14].

L'objectif de notre étude était de dresser le bilan d'une activité de cinq ans d'expertises psychiatriques en droit pénal, réalisées dans un service de psychiatrie.

## II. SUJETS ET MÉTHODES

Notre étude était de type rétrospectif. Elle a porté sur les dossiers des sujets qui ont été examinés, dans le cadre d'expertises psychiatriques en droit pénal, au

service de psychiatrie « C », au CHU Hédi Chaker à Sfax en Tunisie, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 31 décembre 2006.

Pour chaque cas, nous avons transcrit sur une fiche les renseignements recueillis à partir des dossiers, concernant des données sociodémographiques (âge, sexe, état civil, situation professionnelle, zone de résidence, niveau d'études, contexte familial), cliniques (antécédents psychiatriques personnels, diagnostic nosographique), procédurales (situation de l'inculpé au moment de l'expertise, questions posées à l'expert, délai infraction-expertise), criminologiques (antécédents judiciaires personnels, nature des infractions, motifs des infractions) et médicolégales (conclusion de l'expertise).

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées par le logiciel SPSS (version 13). Pour l'étude descriptive, les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, alors que les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec leurs écarts types. Pour l'étude analytique, les comparaisons ont été effectuées par le test de Chi-deux ( $\chi^2$ ) pour les données qualitatives, et par le test t de Student pour les données quantitatives. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

### III. RÉSULTATS

Sur 227 dossiers d'expertises pénales effectuées pendant la période du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2006, 58 dossiers étaient inexploitable (par manque de certaines données). Nous avons retenu pour l'étude 169 dossiers.

#### III.1. Étude générale de la série

Dans la série étudiée, 94 % étaient de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 31 ans 3 mois avec des extrêmes de 16 et 71 ans.

Le taux des célibataires était de 65,1 %. Les inculpés vivaient dans des zones urbaines ou semi-urbaines dans 80 % des cas.

Le taux des illettrés était de 7,7 %. Ceux qui avaient des niveaux d'études primaires, secondaires et universitaires représentaient, respectivement, 45 %, 43,2 % et 4,1 % des cas.

Sur le plan professionnel, 15,4 % avaient une activité régulière, 45,6 % étaient irréguliers et 39 % inactifs.

Une carence affective durant le jeune âge a été signalée par 24,3 %. Des antécédents de suivi psychiatrique ont été relevés chez 75,2 %, et 40,2 % avaient été hospitalisés en psychiatrie au moins une fois.

Des antécédents judiciaires ont été retrouvés chez 26,6 %. La moitié des infractions antérieures étaient accompagnées de violence. Les inculpés avaient été incarcérés au moins une fois auparavant dans 24 % des cas.

#### III.2. L'expertise et ses circonstances

Au moment de l'expertise, 31,9 % étaient en liberté, 66,9 % en détention et 1,2 % hospitalisés. Le délai infraction-expertise était supérieur à un mois pour 67,5 %, et supérieur à 12 mois pour 20,7 %. Les infractions étaient contre les personnes dans 50,9 % des cas et contre les biens dans 42,6 % des cas (tableau I). L'infraction avait été réalisée de façon impulsive, non pré-

**Tableau I : Répartition des inculpés selon la nature de l'infraction.**

NATURE DE L'INFRACTION	N	%
Homicide	18	10,6
Tentative d'homicide	11	6,6
Attentat à la pudeur compliquée d'homicide	1	0,6
Vol compliqué d'homicide	1	0,6
Viol	5	3,0
Tentative de viol	5	3,0
Attentat à la pudeur	4	2,4
Coups et blessures	32	18,9
Accusation mensongère de viol	1	0,6
Atteinte aux bonnes mœurs	9	5,3
Vol	45	26,6
Atteinte aux biens d'autrui	9	5,3
Émission de chèque(s) sans provision	2	1,2
Provocation volontaire d'incendie	6	3,6
Trafic illicite	5	3,0
Faux et usage de faux	4	2,4
Escroquerie	5	3,0
Désertion de l'armée	6	3,6
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

méditée pour 35,4 % ; son but était l'obtention d'un bénéfice particulier pour 30,2 % et la vengeance pour 20,7 % (il s'agissait d'inculpés atteints de personnalité antisociale dans 51,4 % des cas).

Les questions posées à l'expert s'interrogeaient sur :

- la présence ou non d'une maladie mentale chez l'inculpé (83,3 %),
- la relation des faits avec une pathologie psychiatrique (7,7 %),
- les capacités de discernement de l'intéressé (sous entendu : au moment des faits) (35,5 %),
- le degré de responsabilité pénale du sujet (52,7 %),
- le degré de dangerosité de l'inculpé (1,2 %).

Sur le plan nosographique (tableau II), 49,7 % avaient une personnalité antisociale (psychopathie), 11,2 % avaient un retard mental et 13 % étaient atteints de schizophrénies. Il y avait en tout 14 épileptiques dont 7 présentaient un retard mental et 3 un trouble de la personnalité.

Le taux de ceux qui ont été considérés en état de démence au sens légal au moment des faits était de 35,5 %.

**Tableau II : Répartition des inculpés selon le diagnostic nosographique.**

DIAGNOSTIC NOSOGRAPHIQUE (DSM-IV)	N	%
Retard mental avec ou sans épilepsie	19	11,2
Schizophrénie	22	13
Trouble schizoaffectif	4	2,4
Trouble bipolaire I	10	6
Trouble dépressif majeur	3	1,7
Trouble délirant	7	4,1
Personnalité antisociale	84	49,7
Autres troubles de la personnalité	14	8,3
Pas de trouble psychiatrique	5	3
Kléptomanie	1	0,6
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Pour les inculpés qui présentaient un trouble bipolaire, l'épisode au moment de l'infraction était de type dépressif avec caractéristiques psychotiques dans un cas et de type maniaque dans neuf cas.

### III.3. Étude de certains cadres nosographiques

#### III.3.1. Personnalité antisociale (psychopathie)

La personnalité antisociale représentait 49,7 % des sujets expertisés. Les hommes représentaient 96,4 %. Leur âge moyen était de 28 ans 3 mois. Parmi eux, 82,1 % vivaient sans conjoint. Le niveau d'études était primaire dans 47,7 % des cas. Un vécu de carence affective au jeune âge a été signalé par 34,5 %. Des antécédents judiciaires ont été relevés dans 61,9 % des cas.

Les infractions les plus souvent commises étaient le vol (31 %), les coups et blessures (16,7 %) et l'homicide ou sa tentative (16,7 %). L'infraction était impulsive, non préméditée dans 41,7 % des cas ; elle avait pour but l'obtention d'un bénéfice particulier dans 34,5 % et la vengeance dans 21,4 %. Le taux de ceux qui étaient en détention au moment de l'expertise était de 84,5 %. Le taux de ceux considérés en état de démence au sens légal, au moment des faits, était de 7,1 % ; l'infraction pour ces inculpés était une désertion de l'armée.

Les inculpés se distinguaient des autres, de façon statistiquement significative, par un âge plus jeune ( $p=0,002$ ), des antécédents judiciaires plus chargés ( $p<0,001$ ), un taux plus élevé de situation de détention au moment de l'expertise ( $p=0,000$ ), et un taux plus élevé de conclusion de lucidité au moment des faits ( $p<0,001$ ).

#### III.3.2. Retard mental

Le diagnostic de retard mental a été retenu dans 19 cas, dont 7 avec épilepsie. Il s'agissait de 9 cas (5,3 %) de retard mental léger (QI compris entre 50 et 70), 9 cas (5,3 %) de retard mental moyen (QI compris entre 35 et 50) et un cas (0,6 %) de retard mental grave (QI entre 20 et 35).

L'âge moyen des inculpés ayant un retard mental était de 25 ans 2 mois, avec des extrêmes de 19 et de 46 ans. Tous étaient de sexe masculin. Ils avaient tous une activité professionnelle irrégulière. Un passé psychiatrique a été noté chez 57,9 %, et des antécédents judiciaires chez 36,8 %.

Les infractions étaient contre les biens dans 63,2 % des cas (vol dans 66,7 % des cas), et contre les personnes dans 26,3 % des cas (tentative d'homicide pour 20 % ; coups et de blessures pour 60 %). L'infraction était impulsive, non préméditée dans 36,8 % des cas.



Concernant la conclusion de l'expertise, 42,1 % ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits (7 cas de retard mental moyen : 36,8 % ; un cas de retard mental grave : 5,3 %).

Les cas de retard mental se distinguaient des autres inculpés, de façon statistiquement significative, par un taux plus bas de situation de détention au moment de l'expertise ( $p=0,003$ ).

### III.3.3. Schizophrénie

Le taux des inculpés atteints de schizophrénie était de 13 % : 19 cas de schizophrénie paranoïde (11,2 % de la totalité des inculpés) et 3 cas de schizophrénie désorganisée (1,8 %).

Les paranoïdes avaient commis 50 % des homicides ou de sa tentative et 81,8 % des actes de coups et blessures. Tous les schizophrènes avaient été considérés en état de démence au sens légal au moment de l'infraction.

Ce groupe se distinguait des autres inculpés, de façon statistiquement significative, par un passé psychiatrique plus chargé ( $p=0,007$ ), moins d'antécédents judiciaires ( $p=0,044$ ), des taux plus élevés d'infractions contre les personnes ( $p=0,001$ ), d'actes de motivation délirante ( $p<0,001$ ), d'existence d'un lien avec la victime ( $p=0,006$ ) et de conclusion de démence au sens légal ( $p < 0,001$ ).

## IV. DISCUSSION

Les inculpés de notre étude étaient, dans la majorité des cas, jeunes, de sexe masculin et professionnellement inactifs ou irréguliers. Ils n'avaient pas dépassé le niveau d'études primaire dans presque la moitié des cas. Ils avaient un suivi psychiatrique dans presque les trois quarts des cas et des antécédents judiciaires dans presque le quart des cas. La moitié des infractions était contre les personnes. Plus de la moitié des inculpés avaient un trouble de la personnalité. Près du tiers ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits. Il faut faire remarquer que le législateur tunisien a défini de façon sommaire ce terme et a laissé au psychiatre la latitude de déterminer les troubles mentaux pouvant être inclus dans ce cadre. Traditionnellement, sont inclus dans ce cadre les états délirants, les troubles sévères de l'humeur, le retard mental à condition qu'il soit suffisamment pro-

fond, les troubles graves du comportement ayant un rapport direct avec une pathologie organique et parfois les troubles graves de la personnalité pour certaines infractions. Il convient aussi de faire remarquer que certains magistrats pensent, à juste titre d'ailleurs, que c'est à eux que revient la détermination de la responsabilité pénale et que la mission du psychiatre devrait se limiter à préciser les capacités de jugement et de discernement au moment des faits. C'est pour cela que la question de la responsabilité pénale n'a été posée par le juge que dans près de la moitié des cas.

Des taux de démence au sens légal de 50 % et 44,8 % avaient été rapportés dans deux études similaires faites dans la même région en 1988 et entre 1994 et 2001 [13, 14]. En France, il y a eu 285 non-lieux psychiatriques en 2002, contre 444 en 1987 et 518 en 1988. Le taux d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux était passé de 2,3 % en 1998 à 6 % en 2003 [20]. La différence entre les taux rapportés dans les études tunisiennes et ceux des études françaises serait liée au fait que les juges, dans notre pays, ne soumettent à l'expertise psychiatrique que les inculpés chez lesquels ils suspectent l'existence d'une maladie mentale, en se basant sur des documents présentés ou le comportement de l'inculpé lors de l'instruction. Selon l'article 101 du Code Pénal Tunisien : « le juge d'instruction peut, lorsque les circonstances paraissent l'exiger (en cas de suspicion de troubles mentaux chez l'inculpé), commettre un ou plusieurs experts, pour procéder à des vérifications d'ordre technique, qu'il précise ».

Nous avons constaté dans notre étude aussi davantage de responsabilisation des inculpés ; ce qui est en conformité avec une tendance générale du même ordre chez les experts durant les dernières années [20]. Le développement de médicaments actifs et la désinstitutionnalisation psychiatrique qui a suivi, ont incité les experts à se centrer sur l'état mental au moment des faits, en prenant en compte la possible stabilisation des troubles et en rendant ainsi beaucoup plus rare la proposition d'irresponsabilité [4, 5, 20, 22].

### IV.1. Étude générale de la série

L'âge jeune, trouvé chez la majorité dans notre étude, correspond à la période de la vie où les pulsions agressives sont à leur apogée [3]. La destructivité et la violence sociale chez les jeunes adultes sont souvent l'indicateur d'un malaise et d'un mal à vivre ; elles

marquent l'impossibilité de communiquer sur le désir et le destin des pulsions [15, 16].

Pour le niveau scolaire, Toutin et al. [21] font remarquer que les transgressions sont facilitées par des carences intellectuelles et éducatives (échec scolaire, illettrisme, absentéisme, désengagement scolaire).

Une différence a été constatée entre les taux d'antécédents psychiatriques rapportés dans les études tunisiennes [13, 14] et ceux des études françaises [10, 17].

## IV.2. L'expertise et ses circonstances

Le délai infraction-expertise est important à considérer ; un délai long ne facilite pas la mission de l'expert (deux tiers des inculpés de notre étude ont été examinés un mois ou plus après les faits). La démarche clinique du psychiatre expert comprend le recueil séméiologique actuel, au moment de l'expertise, et la construction d'une séméiologie clinique rétrospective ; celle-ci porte sur le moment où s'est effectué l'acte, mais est réalisée à distance de la période concernée par les faits, période durant laquelle des remaniements psychopathologiques ont pu se produire [18].

## IV.3. Étude de certains cadres nosographiques

### IV.3.1. *Personnalité antisociale (psychopathie)*

Les antécédents judiciaires chez les inculpés qui avaient une personnalité antisociale étaient statistiquement beaucoup plus chargés que chez les autres inculpés. Bénézech M. et al. [2] ont constaté que les psychopathes fournissaient le plus gros contingent des récidivistes, et que la psychopathie était la cause, non seulement de troubles variés de la conduite, mais aussi de comportements de délinquance plus ou moins identiques, dont l'aspect récidivant, malgré les incarcérations ou les placements en milieu psychiatrique, est un élément majeur du diagnostic.

Les infractions les plus souvent commises étaient le vol, la violence et l'homicide ou sa tentative. Ce résultat est proche de celui rapporté par Fouillet M et Etienne B [8]. La violence est, chez le psychopathe, une véritable modalité d'être au monde et un recours privilégié, voire exclusif, lors de difficultés existentielles [19].

Quant à la responsabilité du psychopathe, ce thème classique demeure sans réponse unanime. L'argumen-

tation des différents tenants repose essentiellement sur les bénéfices concrets de l'une et de l'autre des attitudes. L'une des conséquences de cette divergence est le jalonnement de la trajectoire de l'existence des psychopathes par des passages multiples tantôt en prison, tantôt en hôpitaux psychiatriques. Mais, ils ne sont supportés ni par le milieu carcéral, ni par le milieu psychiatrique. De plus, leur incarcération peut aggraver leur désinsertion sociale et fait rentrer le sujet dans un cercle vicieux fait de cascades de rejets [1].

Ce cercle vicieux est susceptible d'être rompu, du moins théoriquement, par une prise en charge psychothérapeutique entamée en milieu carcéral. Le soignant est dans ce cas bien loin de l'attitude classique de bienveillante neutralité et d'attente de la demande du patient. Il s'agit au contraire d'éveiller cette demande et d'aider le sujet à mettre en mots la souffrance réactive par le caractère intolérable de la répétition des passages à l'acte [20].

Dans notre étude, l'irresponsabilisation de certains inculpés atteints d'une personnalité antisociale (7,1 %), était en rapport avec leur infraction ; il s'agissait de désertion de l'armée qui reflétait en fait leur inaptitude pour le milieu militaire.

### IV.3.2. *Retard mental*

Selon Senninger JL [19], la dangerosité chez les débiles (11,2 % des inculpés dans notre étude), est corrélée au degré de déficit intellectuel. Le débile profond n'a pas un bagage intellectuel suffisant pour commettre des agressions élaborées ; il se contente de décharges de fureur aveugle. Le débile moyen manque de contrôle, de jugement et de nuance dans ses relations affectives ; il peut toutefois construire et préméditer un acte violent un tant soit peu structuré. Quant au débile léger, il se sent aisément dévalorisé ; il est fragile sur le plan émotionnel et a du mal à différer ses réactions ; il est souvent incapable de médiatiser correctement ses affects par la parole. Ainsi, la déficience intellectuelle agit en fait indirectement par une altération de l'affectivité : par insuffisance de structuration affective ou par conséquence du déficit intellectuel sur le vécu affectif.

### IV.3.3. *Schizophrénie*

Ce trouble a été relevé chez 13 % des inculpés de notre étude. Selon Dubreucq et al. [6], il est difficile de conclure si la schizophrénie représente un risque

plus élevé de violence parmi les troubles mentaux graves.

Le lien entre la schizophrénie et la violence serait directement lié à l'expression clinique de la maladie, et une grande proportion d'actes violents serait sous tendue par des hallucinations et/ou un délire [9, 12]. La schizophrénie paranoïde est le diagnostic le plus fréquent dans la violence ou l'homicide [11].

Dubret G [7] fait remarquer que si l'irresponsabilité pénale est évidente pour des actes délinquants commis durant les accès aigus, elle devra être discutée pour ceux commis durant les phases de troubles résiduels.

Dans notre étude, tous les schizophrènes ont été considérés en état de démence au sens légal, même quand le délire manquait. Ce résultat est en rapport avec l'orientation manquant des psychiatres du service où les expertises étudiées avaient été réalisées ; ceux-ci considéraient que cette maladie est trop sévère pour être compatible avec la lucidité.

## V. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les principales limitations de l'étude sont d'ordre méthodologique :

- Le type rétrospectif de l'étude : ce type d'étude permet de formuler des hypothèses sur les liens entre les différents variables, dont l'investigation nécessite d'autres types d'étude plus élaborés.
- Le caractère non représentatif, de l'ensemble des inculpés, des sujets de notre étude ; ceux-ci étaient, dans la majorité des cas, d'emblée présumés présenter un trouble mental.

## VI. CONCLUSION

Notre étude, sur les inculpés examinés dans le cadre d'expertises psychiatriques pénales, a permis de vérifier l'importance de facteurs criminologiques, utiles pour orienter la prévention, comme le sexe masculin, l'âge jeune, la précarité de la situation socioprofessionnelle et les antécédents judiciaires.

Les troubles mentaux étaient fréquents, mais ils s'agissaient surtout de troubles de la personnalité. Près du tiers ont été jugés en état de démence au sens légal au moment des faits. Certes, l'expertise psychiatrique

en droit pénal constitue un outil précieux mis à la disposition du magistrat pour l'aider à prononcer le jugement approprié. Il n'en demeure pas moins qu'elle suscite des critiques légitimes.

Afin d'éviter le développement de conclusions subjectives, il faudrait créer un consensus clinique émanant de la communauté scientifique et juridique compétente. Ce consensus porterait sur les aspects cliniques concernant les différents types de personnes expertisées, sur la mise en adéquation de ces contenus cliniques avec ce que prescrit la loi, notamment sur la question centrale de la responsabilité pénale et sur les façons reconnues comme étant optimales pour réaliser des expertises psychiatriques. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] BARTE HN, STAPTZEFF GO. *Criminologie clinique*, Masson ; 1992.
- [2] BÉNÉZECH M, BIHAN P, BOURGEOIS ML. Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir, psychiatrie*, 37-906-A-10, 1981, 10 p.
- [3] BORN M. Continuité de la délinquance entre l'adolescence et l'âge adulte. *Criminologie*. 2002 ; 35 (1) : 53-67.
- [4] BOULEY D., MASSOUBRE C., SERRE C., LANG F., CHAZOT L., PELLET J. Les fondements historiques de la responsabilité pénale. *Ann Med Psychol*. 2002 ; 160 : 396-405.
- [5] CORDIER B., LEYRIE J. Expertises psychiatriques. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37-902-A-10, 1992, 6 p.
- [6] DUBREUCQ J.-L., JOYAL C., MILLAUD F. Risque de violence et troubles mentaux grave. *Ann Med Psychol*. 2005 ; 163 : 852-865.
- [7] DUBRET G. L'injonction thérapeutique de la loi du 17 juin 1998 : une tentative pour articuler la peine et le soin. *Ann Med psychol*. 2006 ; 10 : 851-856.
- [8] FOUILLET M., ETIENNE B. La psychopathie à l'adolescence. In : Alberne T., *Criminologie et psychiatrie*. Tours : Ellipses ; 1997. P 325-328.
- [9] GRASSI L., PERON L., MARANGONI C., ZANCHI P., VENNI A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric inpatients : a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001 ; 104 : 273-279.
- [10] HASSENFRATZ C. Criminalité en France. *Rev Prat*. 2002 ; 52 : 716-718.
- [11] JOYAL C.-C., PUTKONEN P., PAAVOLA P., TIHONEN J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med*. 2004 ; 34 : 433-442.

- [12] JUNGINGER J. Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull.* 1996 ; 22 : 91-103.
- [13] MAÂLEJ M., AYEDI N., JARRAYA A. Expertise psychiatrique en droit pénal. *Actualités Psychiatriques*, 1991 ; 7 : 31-37.
- [14] MAÂLEJ M., ZOUARI L., BEN MAHMOUD S., ZOUARI N. L'expertise psychiatrique en droit pénal : à propos de 125 cas. *J Med Leg Droit Med.* 2005 ; 48 : 47-56.
- [15] MERDADI M. Psychopathologie des violences sociales. Champs. *Psychopathologies et clinique sociale.* 2005 ; 1 : 53-57.
- [16] MERDADI M. Clinique sociale du champ algérien. Psychopathologie des conduites à l'adolescence. *Pratiques psychologiques.* 2009 ; 15 : 311-325.
- [17] RICHARD-DEVANTOY S., GOHIER B., CHOCARD A.-S., DUFLLOT J.-P., LHUILLIER J.-P., GARRÉ J.-B. Caractérisation sociodémographique, clinique et criminologique d'une population de 210 meurtriers. *Ann Méd Psychol* 2010 ; 167(8) : 568-575.
- [18] SCHWEITZER M.-G., PUIG-VERGES N. Expertise psychiatrique, expertise médicopsychologique. Enjeux de procédure, enjeux cliniques. *Ann Med Psychol.* 2006 ; 164 : 813-817.
- [19] SENNINGER J.-L. Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale. *Encycl Med Chir; Psychiatrie*, 37-510-A-10, 2007.
- [20] SENONA J.-L., MANZANERA C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol.* 2006 ; 164 : 818-827.
- [21] TOUTIN T., BÉNÉZECH M. Problématiques de la violence urbaine et personnalité de ses auteurs. *Ann Med Psychol.* 2006 ; 164 : 537-546.
- [22] VALLA J. Le principe de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux à l'épreuve de la pratique. *Droit, déontologie et soin.* 2002 ; 2 : 159-177.

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

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

© 2013 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0417 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-2025-5