

Premier numéro de la série « *Journal des Instituts de médecine légale* »

Le *Journal de médecine légale* se transforme à partir de 2014 et sera composé de 6 séries permettant de couvrir l'ensemble des domaines de notre discipline.

Nous avons le plaisir de présenter le premier numéro de la série A « *Journal des Instituts de médecine légale* » qui deviendra, nous l'espérons, l'organe des instituts et/ou centres de médecine légale.

C'est un nouveau concept qui est mis en place pour la série du *Journal de médecine légale* qui consiste à demander à chaque centre son expertise, et d'utiliser l'ensemble des ressources du réseau pour apporter la meilleure réponse aux situations rencontrées.

Dans ce numéro, nos collègues de Lyon démontrent l'intérêt de l'examen médico-légal, afin de choisir entre homicide et mort naturelle. Les centres sont maintenant confrontés à des cas d'intoxication nécessitant des compétences toxicologiques.

Les centres ne peuvent pas fonctionner sans une définition précise des règles juridiques. La Nouvelle Calédonie est en train de construire son droit médical.

Les instituts médico-légaux sont confrontés à de nombreux cas de délinquance sexuelle et l'on trouvera dans ce numéro des réponses au niveau des concepts et de la prise en charge.

Le médecin légiste est quelque fois confronté à des comportements qui défient son entendement habituel. L'exorcisme mortel est à classer dans son registre surprenant.

Les centres de médecine légale disposent grâce à l'odontologie, d'un outil de moyen incomparable pour identifier les victimes carbonisées.

Les centres de médecine légale partagent dans le monde entier des approches communes mais également de grandes différences.

Les textes issus de la 53^e réunion de l'Association Italo-Belgo-Franco-Suisse sont un bon exemple de ce qui nous rapproche, de ce qui nous sépare de nos différents collègues.

Dans cette réunion, nous avons abordé :

- Eric Lemaire fait le point sur la redistribution post-mortem de substances psycho-actives et de ses résultats préliminaires.
- Jacques Vital Durand dresse un panorama de l'évolution de la réparation des dommages corporels.
- J.M. Gaulier traite des substances volatiles en post-mortem.
- Olivier Gout nous expose l'évolution en France de l'obligation d'information en matière médicale.
- M. Loisel décrit la place nécessaire de l'avocat aux opérations d'expertise.
- Romano La Harpe s'appuie sur les décès par coup de feu à Genève, en Suisse entre 2001 et 2010.
- Jean Aubijoux s'intéresse sur les données actuelles sur l'indemnisation par le FIVA, des victimes de l'amiante.
- Me Alexia Converset fait le point sur la réforme des soins psychiatriques sans consentement par les lois des 5 juillet 2011 et 27 septembre 2013.

Longue vie à cette nouvelle série.

Pr. Bernd BRINKMANN

Rédacteur en chef de la série A :
Journal des Instituts de médecine légale

Pr. Bertrand LUDES

Rédacteur en chef de la série A :
Journal des Instituts de médecine légale

Pr. Daniel MALICIER

Rédacteur en chef de la série A :
Journal des Instituts de médecine légale

JOURNAL
DES INSTITUTS
DE MÉDECINE
LÉGALE
EST UNE SÉRIE DU
JOURNAL DE MÉDECINE
LÉGALE, DROIT MÉDICAL

First issue of the series “*Forensic Medicine Institutes Journal*”

The *Journal of Forensic Medicine* will change from 2014 and will consist of 6 series covering all areas of our discipline.

We are pleased to present the first issue of series A “*Forensic Medicine Institutes Journal*” which we hope will become the mouthpiece of institutes and/or centres of forensic medicine.

It is a new concept that is being set up for the series of the *Journal of Forensic Medicine* which consists in asking each centre for their expertise, and using all the network's resources to provide a better response to the situations encountered.

In this issue our colleagues from Lyon demonstrate the importance of the forensic examination, in choosing between homicide and natural death. Centres are now confronted with cases of intoxication which require toxicological competence.

Centres cannot function without a precise definition of the legal rules. New Caledonia is building its medical law.

Institutes of forensic medicine are confronted with many cases of sexual assault; in this issue answers can be found in the area of concepts and treatment.

The forensic doctor is sometimes faced with behaviour that goes beyond his usual understanding. Fatal exorcism should be classified according to its surprising register.

Thanks to odontology, centres of forensic medicine have at their disposal an incomparable tool for identifying carbonized victims.

Centres of forensic medicine share common approaches worldwide but also have great differences.

The texts resulting from the 53rd meeting of the Association Italo-Belgo-Franco-Suisse (the IBFS Association) are a good example of what draws us closer and what separates us from our different colleagues.

In this meeting we discussed :

- Eric Lemaire reports on post-mortem redistribution of psycho-active substances and his preliminary results.
- Jacques Vital Durand presents the evolution of compensation for physical injury.
- J.M. Gaulier discusses volatile substances in post-mortem toxicology.
- Olivier Gout presents the evolution in France of medical liability for ethical misconduct.
- M. Loisel describes the necessary role of the lawyer in operations of expertise.
- Romano La Harpe looks at gunshot deaths in Geneva, Switzerland between 2001 and 2010.
- Jean Aubijoux examines current data on compensation by FIVA for victims of asbestos.
- Alexia Converset reports on the reform of psychiatric care without patient's consent by the laws of 5 July 2011 and 27 September 2013.

Long life to this new series.

FORENSIC MEDICINE
INSTITUTES JOURNAL
IS A SERIES OF THE
JOURNAL OF FORENSIC
MEDICINE, MEDICAL LAW

Pr. Bernd BRINKMANN
Chief Editor of series A:
Forensic Medicine Institutes Journal

Pr. Bertrand LUDES
Chief Editor of series A:
Forensic Medicine Institutes Journal

Pr. Daniel MALICIER
Chief Editor of series A:
Forensic Medicine Institutes Journal

Décembre / December 2014 • N°4 • Volume 57

SOMMAIRE
 CONTENTS

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

1-2 ÉDITORIAL

FOREWORD

B. BRINKMANN, B. LUDES, D. MALICIER

5 HOMICIDE OU MORT NATURELLE ? INTÉRÊT DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL : À PROPOS D'UN CAS

HOMICIDE OR NATURAL DEATH?
 INTEREST OF FORENSIC EXAMINATION:
 A CASE REPORT

A. FRANCHI, P. VACHER, J. BAGUR,
 D. MALICIER, G. MAUJEAN

9 INTOXICATION LÉTALE À L'ÉTHYLÈNE GLYCOL : À PROPOS D'UN CAS

FATAL ETHYLENE GLYCOL INTOXICATION:
 A CASE REPORT

T. GUINET, D. MALICIER, G. MAUJEAN

15 NOUVELLE-CALÉDONIE : UN DROIT MÉDICAL EN CONSTRUCTION

NEW CALEDONIA: BUILDING MEDICAL LAW

G. DECROIX

21 DÉLINQUANCE SEXUELLE : CONCEPTS ET PRISES EN CHARGE

SEXUAL OFFENSES:
 CONCEPTS AND TREATMENTS

P.-M. DANG-VU, C. COTTIN,
 P. CEZERA, C. SOUCHET,
 M. JEAN

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

39 EXORCISME MORTEL : À PROPOS D'UNE OBSERVATION AUTOP- SIQUE

FATAL EXORCISM: ABOUT
 AN OBSERVATION AT AUTOPSY
 M. JEDIDI, T. MASMOUDI,
 M. BOUGHATTAS, M. BEN DHIAB,
 MK. SOUGUIR

43 IDENTIFICATION DENTAIRE DES VICTIMES CARBONISÉES

DENTAL IDENTIFICATION OF CARBONISED
 VICTIMS

C. GEORGET, A. CONIGLIARO, Y. SCHULIAR

53^E RÉUNION DE L'ASSOCIATION ITALO-BELGO-FRANCO-SUISSE 27-28 septembre 2013

53rd Meetings of the IBFS Association

51 APPROCHE GLOBALE, MULTI-SITES- (SOUS-CLA- VIER, FÉMORAL ET POPLITE) ET TEMPS-DÉPENDANTE, DE LA REDISTRIBUTION POST- MORTEM DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

GLOBAL MULTI-SITE (SUBCLAVIAN,
 FEMORAL AND POPLITEAL) AND TIME-
 DEPENDENT EVALUATION OF POST-
 MORTEM REDISTRIBUTION OF PSYCHOAC-
 TIVE DRUGS: PRELIMINARY RESULTS

Eric LEMAIRE, Raphaël DENOZ,
 Carl SCHMIDT, Corinne CHARLIER
 et Philippe BOXHO

COMMUNICATIONS

**SOMMAIRE
CONTENTS**

COMMUNICATIONS

59

L'ÉVOLUTION DE LA RÉPARATION DES DOMMAGES CORPORELS

THE EVOLUTION OF COMPENSATION FOR PHYSICAL INJURY

Jacques VITAL DURAND

62

SUBSTANCES VOLATILES EN POST-MORTEM

GASES AND VOLATILES IN POST-MORTEM TOXICOLOGY

J.-M. GAULIER

63

L'ÉVOLUTION EN FRANCE DE L'OBLIGATION D'INFORMATION EN MATIÈRE MÉDICALE

EVOLUTION OF MEDICAL LIABILITY FOR ETHICAL MISCONDUCT IN FRANCE

Olivier GOUT

66

LA PLACE NÉCESSAIRE DE L'AVOCAT AUX OPÉRATIONS D'EXPERTISE

THE NECESSARY ROLE OF THE LAWYER IN OPERATIONS OF EXPERTISE

M. LOISEL

69

DÉCÈS PAR COUP DE FEU À GENÈVE, SUISSE : 2001-2010

GUNSHOT DEATHS IN GENEVA, SWITZERLAND: FROM 2001 TO 2010

R. LA HARPE, N. BEN MOHAMED, S. BURKHARDT

COMMUNICATIONS

72

DONNÉES ACTUELLES SUR L'INDEMNISATION PAR LE FIVA, DES VICTIMES DE L'AMIANTE

COMPENSATION OF ASBESTOS VICTIMS BY FIVA AND EXPERT REPORTS

Jean AUBIJOUX et Sabine LALLIARD

**COMMUNICATION BÈVE
SHORT COMMUNICATION**

73

LA RÉFORME DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT PAR LES LOIS DES 5 JUILLET 2011 ET 27 SEPTEMBRE 2013

REFORM OF PSYCHIATRIC CARE WITHOUT PATIENT'S CONSENT

Me Alexia CONVERSET

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE
PRESS RELEASE**

75

PRÉSENTATION DES ORIENTATIONS DU PROJET DE LOI SANTÉ

PRESENTATION OF KEY FEATURES OF THE HEALTH BILL

Intervention de Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé
Speech by Marisol Touraine Minister for Social Affairs and Health

14

BULLETIN D'ABONNEMENT

SUBSCRIPTION FORM

80

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Une version anglaise de ce numéro sera prochainement disponible
An English version of this issue will soon be available

HOMICIDE OU MORT NATURELLE ? INTÉRÊT DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL : À PROPOS D'UN CAS

HOMICIDE OR NATURAL DEATH? INTEREST OF FORENSIC EXAMINATION: A CASE REPORT

Par A. FRANCHI¹, P. VACHER¹, J. BAGUR¹, D. MALICIER¹, G. MAUJEAN¹

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Dans certains cas où le décès paraît complexe, la levée de corps sur les lieux de découverte d'un cadavre est nécessaire pour orienter les premiers éléments de l'enquête vers un accident, un crime ou un suicide.

Introduction : Lorsque le décès est suspect, les autorités compétentes font appel au médecin légiste afin d'apprécier la nature des circonstances du décès. Dans de très rares cas, les premiers éléments laissent à penser que l'origine du décès est de nature criminelle alors que l'examen externe du corps s'oriente vers une mort d'origine naturelle, confirmée ultérieurement par les opérations d'autopsies.

Cas rapporté : Nous rapportons le cas d'une femme de 89 ans qui a été retrouvée sur son vélo d'appartement, la région sous mentonnière reposant sur le guidon. Les premières constatations par les forces de l'ordre mettent en évidence des gouttes de sang sur le sol et la présence d'une lésion importante en région cervicale évoquant une piste criminelle. Le médecin légiste qui intervient sur place permet d'écarter l'hypothèse de l'intervention d'un tiers, ce que confirmera l'autopsie médico-légale.

Conclusion : La mort d'origine naturelle n'est pas toujours aussi évidente qu'elle puisse paraître. Certaines découvertes étonnantes de cadavres nécessitent une certaine vigilance et une rigueur de travail afin de déterminer au mieux la cause du décès.

Mots-clés : Levée de corps, mort naturelle, homicide.

SUMMARY

In some cases where death seems complex, external examination of the corpse at the scene of discovery is necessary to guide the first elements of the investigation to an accident, a crime or a suicide.

Introduction: When the death is suspicious the competent authorities call the forensic pathologist to assess the nature of the circumstances of death. In very rare cases, the preliminary data of the investigation can suggest that the cause of death is criminal in nature while the external examination of the body indicates a natural death, later confirmed by autopsy findings.

Case report: We report the case of an 89-year-old woman who was found on her exercise bike with the region under the chin resting on the handlebars. Initial findings by the police showed drops of blood on the floor and the presence of a large lesion in the cervical area evoking the suspicion of a criminal act. The medical examiner who came to the scene dismissed the assumption of third party intervention which was later confirmed by a forensic autopsy.

Conclusion: Death from natural causes is not always as obvious as it may seem. Some unusual discoveries of bodies require some vigilance and extensive work to best determine the cause of death.

Keywords: External examination, natural death, homicide.

1. Service de médecine légale de Lyon, CHU Edouard Herriot.

INTRODUCTION

La levée de corps ou examen externe du cadavre est constituée par l'acte médical de description du corps avant l'autorisation d'inhumation. Elle consiste à relever les éventuelles particularités anatomiques du cadavre et à rechercher les éléments externes consécutifs au décès dans un but d'identification et d'établissement des causes de la mort. L'Institut de médecine légale de Lyon (deuxième ville de France) appliquent les bonnes pratiques internationales : lors de tout décès de mort violente ou suspecte, une autopsie médico-légale est ordonnée avec tous les examens complémentaires indispensables, en particulier le bilan toxicologique. La politique pénale suivie par le Tribunal de Grande Instance de Lyon est ainsi conforme aux recommandations européennes des bonnes pratiques médico-légales qui suit également les recommandations américaines qui prévoient d'autopsier toutes les morts violentes par accidents, suicides et crimes. La législation en vigueur actuelle concernant les autopsies médico-légales a été harmonisée au niveau européen en 1999. Lorsque le décès est suspect, les autorités compétentes font appel au médecin légiste afin d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il existe un certain nombre d'homicides dissimulés en accident ou en suicide qui ne sont pas démasqués de par l'absence d'intervention du médecin légiste. Dans certains cas, les premiers éléments laissent à penser que l'origine du décès est de nature criminelle alors que la levée de corps s'oriente vers une mort d'origine accidentelle ou suicidaire voire naturelle. Parfois, les circonstances de découverte du cadavre sont étonnantes voire troublantes (position du corps, lieu de découverte...) et l'examen externe du corps est essentiel pour orienter les premiers éléments de l'enquête. C'est le cas de certains décès d'origine naturelle où le corps se retrouve dans un endroit ou une position tels que la piste criminelle est privilégiée initialement. Nous allons illustrer ce propos par un cas pour le moins atypique.

PRÉSENTATION DU CAS

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 89 ans, veuve, n'ayant pas d'enfants. Son principal antécédent médical était une hypertension artérielle sévère traitée par une trithérapie, à savoir un diurétique, un inhibiteur calcique et un inhibiteur de l'enzyme de conversion. Cette personne vivait seule à domicile sans aide particulière. Elle effectuait ses courses de manière hebdomadaire en compagnie de son frère, demeurant juste à côté. C'est ce dernier qui s'est rendu à son domicile et l'a découverte inanimée sur son vélo d'appartement, le cou reposant sur le guidon. Il a fait alors appel aux pompiers et aux forces de l'ordre.



Photographie 1 : Cliché de la découverte du corps en position initiale

D'après les premières constatations faites par la gendarmerie, l'hypothèse d'une possible intervention d'un tiers a été émise. Effectivement, de multiples gouttelettes et projections de sang à l'aplomb de la victime, sur les meubles du salon et dans la cuisine ont été relevées. Un gel des lieux a été alors immédiatement mis en place et les Techniciens en Identification Criminelle (TIC) ont été sollicités. Néanmoins, aucune trace d'effraction n'a été constatée sur les ouvertures et le tour de la propriété n'a laissé apparaître aucun indice pouvant orienter l'enquête. Il n'a pas été constaté de désordre apparent, ni de trace de lutte mais une insalubrité du domicile notable. Dans un deuxième temps, un médecin légiste de l'Institut de médecine légale de Lyon a été requis pour procéder à un examen de corps.

Levée de corps

Le vélo d'appartement était situé dans un renfoncement de la pièce et son accès ne pouvait s'effectuer que par un seul côté, l'autre étant occupé par une table, éliminant d'office la possibilité d'un tiers surprenant la victime par derrière. Les gouttelettes de sang initialement repérées par les forces de l'ordre étaient peu nombreuses et d'allure anciennes. Ces dernières ont été mises en corrélation avec l'état insalubre de la maison. De surcroît, plusieurs chats ont été retrouvés sur place. Aucun écrit ni aucune boîte de médicaments vides n'ont été retrouvés sur place. L'examen des vêtements n'a pas mis en évidence d'élément suspect. Aucune trace ni déchirure n'ont été constatées. La victime était vêtue d'une chemise de nuit, d'une culotte, d'une paire de pantoufle et d'une paire de lunettes. L'examen externe du corps a été réalisé de manière minutieuse. La victime était à genou, en position verticale entre la selle et le devant du vélo, le cou encastré sur la partie gauche du guidon. Elle était de phénotype leucoderme et de corpulence normale, présen-



Photographie 2 : Région latéro-cervicale gauche reposant sur le guidon

tant un état d'incurie. La rigidité avait disparu au niveau des masséters mais restait présente au niveau des 4 membres. Les lividités étaient établies au niveau des membres inférieurs, compatibles avec la position dans laquelle le corps a été retrouvé. Un état de putréfaction avec circulation posthume, desquamation en lambeau et début de tache verte abdominale a été constaté. Il existait également une cyanose des extrémités marquée au niveau des membres supérieurs. La région latéro-cervicale gauche comportait une large plaque parcheminée jaunâtre, en regard de la zone de compression, sans autre lésion visible. Aucun signe en faveur d'une strangulation ni en faveur d'une suffocation n'a été retrouvé.

A l'issue de cette levée de corps, un certificat de décès avec obstacle médico-légal a été délivré selon les recommandations internationales et le Procureur a ordonné une autopsie médico-légale (Photographie 2).

Autopsie

Les opérations d'autopsies se sont déroulées à l'Institut de médecine légale de Lyon. Les constatations autopsiques n'ont pas mis en évidence d'élément suspect.

L'examen de l'extrémité céphalique était sans particularité. La corne gauche de l'os hyoïde présentait une fracture non hémorragique compatible avec une lésion *post mortem* de par l'action de la gravité. La victime présentait un état antérieur cardiaque, à savoir une cardiopathie hypertrophique et dilatée associée à une athérosclérose sévère de l'artère coronaire droite, de l'artère inter-ventriculaire antérieure et de l'artère circumflexe, néanmoins sans cicatrice d'infarctus ancienne. Il a également été retrouvé un discret œdème pulmonaire. Aucune lésion n'a été retrouvée au niveau thoraco-abdomino-pelvien.



Photographie 3 : Plaque parcheminée jaunâtre de la région sous mentonnière et latéro-cervicale gauche



Photographie 4 : Exemple de l'atteinte athéromateuse de la coronaire droite dans ce contexte de cardiopathie dilatée et hypertrophique

Ainsi, l'atteinte tri-tronculaire du réseau coronaire n'a pas permis d'assurer son rôle pendant l'exercice physique sur le vélo d'appartement, entraînant, de ce fait, un choc cardiogénique. Sur le plan médico-légal, le décès paraît compatible avec une mort naturelle d'origine cardiaque. Les éléments de départ étaient plutôt alarmants, puisque les enquêteurs avaient relevé la présence de sang disséminé autour de la victime. L'état d'incurie de l'intéressée et d'insalubrité du domicile nous laisse penser qu'elle ne se livrait pas à des travaux ménagers réguliers. Les éléments de l'enquête et l'autopsie ont permis d'établir que le décès remontait à un peu plus de 24 heures, voire 48 heures, et qu'il n'existait aucun élément suspect.

CONCLUSION

Ce cas illustre l'importance de la levée de corps et des premières constatations faites par le médecin légiste sur place permettant d'écarter l'intervention d'un tiers et d'orienter la cause du décès vers une cause naturelle malgré des circonstances de découvertes étonnantes. La politique actuelle lyonnaise veut que le médecin légiste ne se déplace pas systématiquement, sauf pour les homicides ou cas très particulier nécessitant un avis d'expert sur les lieux de découverte d'un corps. Il est loisible de penser que l'absence des premières observations par le médecin légiste est irremplaçable dans les suites de l'enquête. ■

RÉFÉRENCES

- [1] MIRAS A., FANTON L., TILHET-COARTET S. et MALICIER D., *La levée de corps médico-légale*, ESKA, 1998.
- [2] Comité des ministres aux états membres, « Recommandations N° R (99) 3 relative à l'harmonisation des règles en matière médico-légale », 2 février 1999.
- [3] Code de Procédure Pénale, *Article 74*.
- [4] MUCHIELLI L. « L'évolution des homicides depuis les années » *Questions pénales du Centre de recherches sociologiques sur le droit et les instructions pénales*, n° 21.4, septembre 2008.

INTOXICATION LÉTALE À L'ÉTHYLÈNE GLYCOL : À PROPOS D'UN CAS

FATAL ETHYLENE GLYCOL INTOXICATION: A CASE REPORT

Par T. GUINET^{1,2}, D. MALICIER^{1,2}, G. MAUJEAN^{1,2}

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

L'intoxication aiguë par l'éthylène glycol, qu'elle soit volontaire, accidentelle ou même criminelle, est rare. Sa gravité est essentiellement liée au métabolisme hépatique de l'éthylène glycol susceptible d'être à l'origine d'une défaillance multiviscérale. Du fait du délai d'apparition des premiers symptômes variant de 4 à 12h après l'ingestion, la majorité des patients victimes d'intoxications font l'objet d'une prise en charge initiale en milieu hospitalier. Nous rapportons le cas d'une femme découverte dans un bois en hiver, 3 jours après le signalement de sa disparition. Une bouteille de liquide de refroidissement a été retrouvée dans sa voiture. L'autopsie a mis en évidence une congestion polyviscérale. Les analyses toxicologiques ont objectivé une concentration létale d'éthylène glycol dans le sang (N = 205 mg/l). Des cristaux d'oxalate de calcium mono-hydratés ont été mis en évidence lors de l'examen histologique au niveau de l'encéphale, des reins, du myocarde, du foie et sur la cytologie urinaire. Afin d'expliquer la concentration san-

guine d'éthylène glycol retrouvée en *post-mortem* et de déterminer le mécanisme du décès, nous discuterons l'hypothèse d'une agonie prolongée ainsi que le rôle d'une probable hypothermie associée dans la genèse du décès.

Mots-clés : Éthylène glycol, intoxication, anatomopathologie, suicide.

SUMMARY

Intentional, accidental or even criminal acute intoxication by ethylene glycol is a rare phenomenon in developed countries. The severity of this intoxication is mainly due to the hepatic metabolism of ethylene glycol which is directly responsible for multi-organ failure. As the period for first symptoms of poisoning ranges from 4 to 12h after ingestion, most patients are initially admitted to hospital. We report an original case of a woman discovered in a forest in winter 3 days after her disappearance. A bottle of antifreeze was found in her car. The autopsy revealed severe multiorgan congestion. Toxicological analysis showed a lethal blood concentration of ethylene glycol (205 mg/l). Using histopathological techniques including polarized light, calcium oxalate monohydrate crystals were found in autopsy samples from the brain, kidneys, myocardium, and the liver and urine cytology. To determine the mechanism of death, we discuss both the hypothesis of a sufficiently long agony period to explain the low toxic ethylene glycol concentration in blood and the potential role of hypothermia in the onset of death.

Keywords: Ethylene glycol, intoxication, anatomopathology, suicide.

1. Institut Universitaire de Médecine Légale, Université Claude Bernard Lyon 1, Université de Lyon, France.

2. Unité de Médecine Légale, Urgences médico-judiciaires, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, France.

Corresponding author : Tiphaine GUINET

Address: Institut Universitaire de Médecine Légale, Université Lyon1, 12 Avenue Rockefeller, 69008 LYON, FRANCE.

Phone number : +033478011789 ; fax : +033478010185

Email : tiphaine.guinet@chu-lyon.fr or tiphaine.guinet@gmail.com

INTRODUCTION

L'éthylène glycol, également appelé Ethane - 1,2 - Diol, est un composé chimique présent à des concentrations variables dans des produits ménagers à usage domestique (antigel, produits ménagers, assouplissant) et à usage industriel (agent de synthèse, fluide de circuits hydrauliques).

À température ambiante, l'éthylène glycol prend la forme d'un liquide visqueux, incolore et inodore, au goût sucré. Depuis quelques années, des usages détournés de ce composé comme produit de substitution à l'alcool chez des patients éthyliques chroniques en état de manque ont ainsi été rapportés. Toutefois, en dehors de ces mésusages et de l'intoxication accidentelle, la prise volontaire de ce produit est le plus souvent la conséquence d'un geste suicidaire voire criminel.

La sévérité de l'intoxication est essentiellement liée sur le plan biologique, à la survenue d'une acidose majeure par transformation hépatique de l'éthylène glycol en acide glycolique. Cliniquement, l'intoxication se manifeste par l'apparition retardée, dans un délai de 4 à 12 heures après ingestion, d'un tableau de défaillance polyviscérale associant insuffisance rénale aiguë, troubles neurologiques et dépression respiratoire. Le décès peut survenir rapidement en cas de myocardite toxique et œdème pulmonaire. La plupart des cas rapportés dans la littérature, y compris les cas d'intoxication létale, ont fait l'objet d'une prise en charge initiale en milieu hospitalier avant la survenue du décès.

Nous présentons ici le cas original d'une femme de 24 ans disparue depuis 3 jours et découverte décédée dans les bois, à proximité de son véhicule, pour laquelle l'autopsie médico-légale a montré une concentration sanguine d'éthylène glycol létale corres-

pondant à une valeur basse décrite dans la littérature. Afin d'expliquer les résultats toxicologiques et de déterminer le mécanisme du décès, nous discutons l'hypothèse d'une agonie prolongée et le rôle d'une probable hypothermie associée dans la genèse du décès.

CASE REPORT

Le corps d'une femme âgée de 24 ans, étudiante en médecine et prostituée professionnelle, aux antécédents de tentative de suicide et portée disparue depuis 3 jours, a été découvert dans un bois par des promeneurs. Dans le coffre de sa voiture garée 500 mètres plus loin, les enquêteurs ont retrouvé un écrit indiquant son intention suicidaire, une corde, un tabouret ainsi qu'un bidon d'un litre d'anti-gel rempli au $\frac{3}{4}$. Le corps de la victime était en décubitus latéral droit, entièrement vêtu avec des habits bien ordonnés. Sur le lieu de découverte, la température extérieure était aux alentours de 10°. Il s'agissait d'une femme de morphotype leucoderme, de corpulence normale (1m68 pour 61kg). L'examen externe était peu informatif et n'objectivait aucune lésion traumatique, notamment au niveau de la région génitale. Seule une cyanose marquée des extrémités a été constatée.

L'autopsie n'a pas mis en évidence de lésion traumatique, notamment au niveau laryngé. La cavité buccale et le tiers supérieur de la muqueuse œsophagienne étaient tapissés d'un enduit blanchâtre. L'estomac contenait 100 grammes d'un matériel liquide marron non hémorragique, sans odeur particulière. Il existait une importante congestion polyviscérale. L'examen macroscopique du cœur et des poumons a objectivé un cœur de 340 g présentant un aspect de cardiomyopathie dilatée avec hypertrophie

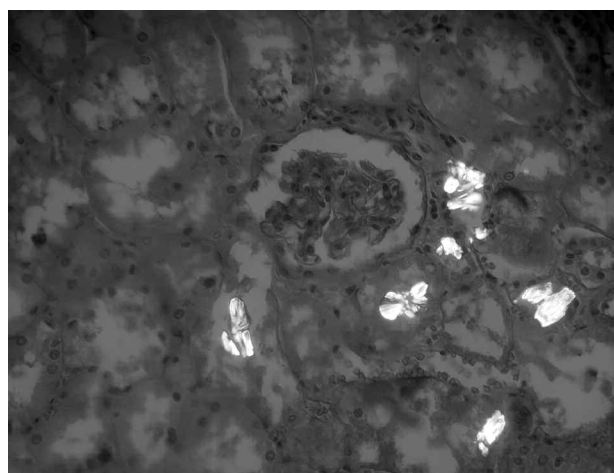


Photo 1. Rein, HES et lumière polarisée X20.

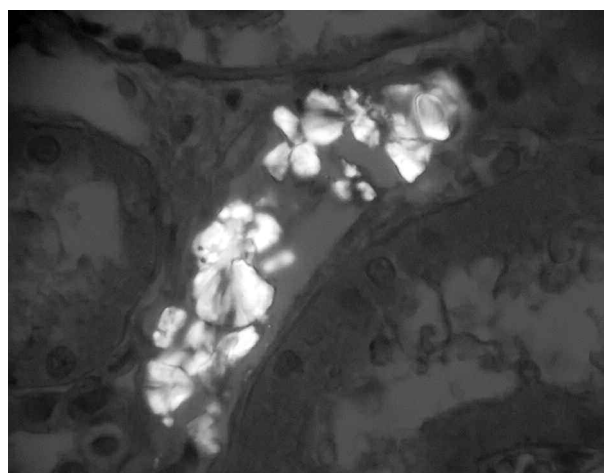


Photo 2. Rein, HES et lumière polarisée X40.

ventriculaire gauche et septale, ainsi qu'un œdème pulmonaire bilatéral. L'examen de l'encéphale a montré l'association d'un œdème peu marqué et de quelques pétéchies de la substance blanche. Il existait par ailleurs un globe urinaire contenant 615 ml d'urine de couleur orangée.

Les analyses toxicologiques réalisées par chromatographie gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (CG-SM) ont montré la présence d'éthylène glycol dans le sang central (concentration : 205 mg/l), dans les urines (concentration : 7390 mg/l) ainsi que dans l'estomac (concentration : 499 mg/l). La recherche d'alcool et d'autres xénobiotiques était négative. L'analyse toxicologique du liquide contenu dans la bouteille d'anti-gel a mis en évidence une concentration importante en éthylène glycol à 317 g/l.

L'examen histologique en coloration standard HES a objectivé la présence de cristaux d'oxalate de calcium monohydratés biréfringents à la lumière polarisée dans l'ensemble des tissus prélevés (foie, rein, encéphale et cœur). Au niveau rénal, ces cristaux étaient situés au sein des cellules épithéliales des tubes et dans leur lumière (photographie 1 et 2). L'épithélium tubulaire était par ailleurs abasé et il existait une nécrose tubulaire bilatérale. Le parenchyme hépatique présentait des foyers de nécrose hépatocellulaire avec infarctissement massif et congestion sinusoidale. Il existait enfin des foyers de nécrose cérébrale et des plaques nécrotico-hémorragiques au niveau myocardique.

L'examen cyto-pathologique des urines a objectivé la présence de cristaux d'oxalate de calcium monohydratés et de quelques cristaux dihydratés biréfringents à la lumière polarisée.

Enfin, les analyses génétiques des prélèvements buccaux et génitaux réalisés lors de l'autopsie n'ont pas mis en évidence de matériel génétique étranger.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, les conclusions rattachaient le décès à une intoxication volontaire à l'éthylène glycol à l'origine d'une défaillance multiviscérale.

DISCUSSION

Les décès secondaires à une intoxication à l'éthylène glycol sont rares. En 2007, l'Association of Poison Control Centers a ainsi rapporté un taux de létalité de 0.59% (n = 34) pour 5731 cas d'intoxication à l'éthylène glycol recensés [1]. En raison de son goût sucré, de son aspect incolore et inodore et de sa facilité d'accès pour le grand public, l'intoxication à l'éthylène glycol est le plus souvent d'origine suicidaire ou accidentelle [2]. Un seul cas d'homicide par empoisonnement à l'éthylène glycol concernant un homme décédé 28 heures après le début de sa prise en charge hospitalière, a été rapporté dans la littérature par Armstrong et al [3].

Dans la littérature, la concentration sanguine létale d'éthylène glycol est décrite entre 0,2 et 4,3 g/l mais des décès ont également été rapportés chez des sujets avec des taux indétectables d'éthylène glycol dans le sérum [4,5,6]. La majorité des cas rapportés concerne des victimes ayant eu une prise en charge hospitalière précédant le décès, avec des analyses toxicologiques réalisées au cours de celle-ci. Rosano et al. ont également rapporté une série de 12 cas autopsiques d'intoxication à l'éthylène glycol, avec des taux allant de 58 à 7790 mg/l [7]. Ces observations semblent être en faveur d'une grande variabilité individuelle.

La faible corrélation entre les concentrations d'éthylène glycol et les symptômes cliniques présentés par les victimes pourrait résulter d'une clairance rapide de l'éthylène glycol (supérieure à 70 ml/min) et d'une conversion rapide en métabolites toxiques, dont l'acide glycolique et l'acide oxalique. L'acide glycolique, responsable d'une acidose métabolique, peut être quantifié au cours des analyses toxicologiques par chromatographie en phase gazeuse en cas de négativité du dosage de l'éthylène glycol. Le dosage de l'acide glycolique peut être utile et même recommandé par certains auteurs en raison d'une corrélation entre le taux d'acide glycolique et le taux d'éthylène glycol [7,8].

L'acide oxalique, deuxième métabolite principal, est à l'origine de constatations anatomopathologiques spécifiques. En effet, en se combinant au calcium, l'acide oxalique précipite et s'accumule dans les viscères sous forme de cristaux d'oxalate de calcium.

Si les analyses toxicologiques se révèlent négatives, la présence de ces cristaux dans les viscères et les urines établit le diagnostic. L'examen cytopathologique des urines révèle de manière non spécifique une acidité du pH -par acidose métabolique- et une cristallurie qui peut cependant être absente dans la moitié des cas [9]. Garg et al. ont rapporté le cas d'une intoxication à l'éthylène glycol (taux toxique très élevé d'éthylène glycol dans le sang), sans élévation de la concentration en métabolites ou sans formation d'une cristallurie [9]. Les cristaux apparaissent dans les urines au bout de 4 à 8 heures après l'ingestion [10]. Bi-réfringents à la lumière polarisée, ils peuvent être aussi bien dihydratés avec une enveloppe que mono-hydratés. La détection de cristaux mono-hydratés est plutôt en faveur d'une intoxication à l'éthylène glycol, contrairement aux cristaux dihydratés qui peuvent être présents en cas d'alimentation spécifique (tomates, épinards, thé, rhubarbe) [11]. Dans notre cas, l'examen rapide cytopathologique des urines a pu fortement orienter le diagnostic du fait de la présence de cristaux d'oxalate de calcium majoritairement mono-hydratés. L'examen anatomopathologique réalisé après coloration standard HES met en évidence des dépôts brillants de forme allongée ou moulée [12]. La coloration spéciale de Von Kossa met en évidence ces cristaux sous forme de dépôts brun-noirâtre tandis que l'utilisation de la lumière polarisée montre des cris-

taux typiquement biréfringents. Au niveau des reins, l'histologie met en évidence une nécrose de l'épithélium des tubes proximaux, par ailleurs dilatés avec une vacuolisation, ainsi que la présence de cristaux biréfringents au niveau des tubules distaux et du tube collecteur [10]. Les cristaux ont un caractère symétrique en forme de moules. Selon le délai de survie, les cristaux peuvent être retrouvés dans d'autres organes, en particulier au niveau de l'encéphale où les cristaux sont observés dans la paroi vasculaire des vaisseaux cérébraux et méningés ou en péri-vasculaires [13]. Dans notre cas, des cristaux ont été observés au niveau des reins mais aussi au niveau de l'encéphale et du cœur, en faveur d'un délai de survie de plusieurs heures. Il peut également être observé un œdème intéressant essentiellement les noyaux gris centraux et le tronc cérébral, comme dans les intoxications au méthanol et au monoxyde de carbone.

La majorité des intoxications à l'éthylène glycol n'est pas à l'origine de mort subite et implique un délai de survie variable qui s'explique par les effets secondaires toxiques viscéraux. Après une absorption rapide par le tractus gastro intestinal, le pic de concentration se situe entre 1h et 4h, avec une demi-vie estimée entre 3 et 8 h [2]. L'insuffisance rénale aiguë consécutive aux dépôts d'oxalate de calcium survient environ 24h après l'ingestion. Le décès peut survenir plus rapidement par défaillance multi viscérale avec notamment la constitution d'un œdème aigu pulmonaire, d'un état de choc, et d'une atteinte cardiaque par myosite [14].

Les cas rapportés dans la littérature concernaient essentiellement des patients se présentant dans un service d'urgence après avoir ingéré de l'éthylène glycol, avec des symptômes débutants.

Dans notre observation, la victime a été découverte décédée dans les bois, sans avoir bénéficié d'une consultation médicale au préalable. Les manifestations cliniques de l'intoxication, qui évoluent en trois stades, ont une durée variable. Le premier stade clinique après l'ingestion est caractérisé par une dépression du système nerveux central, avec somnolence, désorientation et confusion. Ces symptômes peuvent expliquer la position de découverte du corps qui se situait à 500 mètres de la voiture de la victime où la bouteille d'anti gel a été découverte. La dose létale estimée d'éthylène glycol pur est d'environ 1,4 ml/kg [15]. Dans notre cas, la victime pesant 61 kilogrammes, la dose létale est calculée à 95 g d'éthylène glycol pur (dose létale estimée à 85,4 ml pour une masse volumique égale à 1,12 à 10° C). La victime a bu environ 250 ml de liquide anti-gel (concentration égale à 317 g/l) soit 80 g d'éthylène glycol pur. Compte tenu de ces chiffres, l'absorption supposée d'éthylène glycol chez notre victime n'est donc pas à considérer comme létale. Les analyses toxicologiques ont mis cependant en évidence une concentration sanguine post mortem égale à 0,205 g/l, valeur basse de l'intoxication létale à l'éthylène glycol. Les examens

anatomopathologiques, objectivant des dépôts de cristaux d'oxalate de calcium, sont en faveur d'un délai de survie de plusieurs heures. Compte tenu de ces différents éléments et au vu des circonstances de découverte (température extérieure basse variant entre 5 et 10°), l'hypothèse d'une hypothermie comme facteur favorisant la genèse du décès peut également être discutée, même si aucun signe macroscopique n'a été objectivé au cours de l'autopsie.

CONCLUSION

L'anatomopathologie systématique des viscères revêt une importance capitale dans les autopsies médico légales, notamment devant une suspicion de mort violente toxique. L'intoxication à l'éthylène glycol est à l'origine de constatations anatomopathologiques spécifiques qui peuvent contribuer à déterminer la cause médicale lors d'une découverte de cadavre dont le décès paraît inexpliqué. Les analyses toxicologiques associant la recherche spécifique d'éthylène glycol et d'acide glycolique peuvent montrer des taux variables qui doivent être interprétés selon le délai de survie et le temps d'agonie de la victime. Même si l'intoxication à l'éthylène glycol conduit le plus souvent à une défaillance multi viscérale progressive, elle peut également être à l'origine de mort rapide.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le Dr. Pialat (Laboratoire d'anatomopathologie, TechniPark, Limonest, France) pour sa collaboration dans ce travail. ■

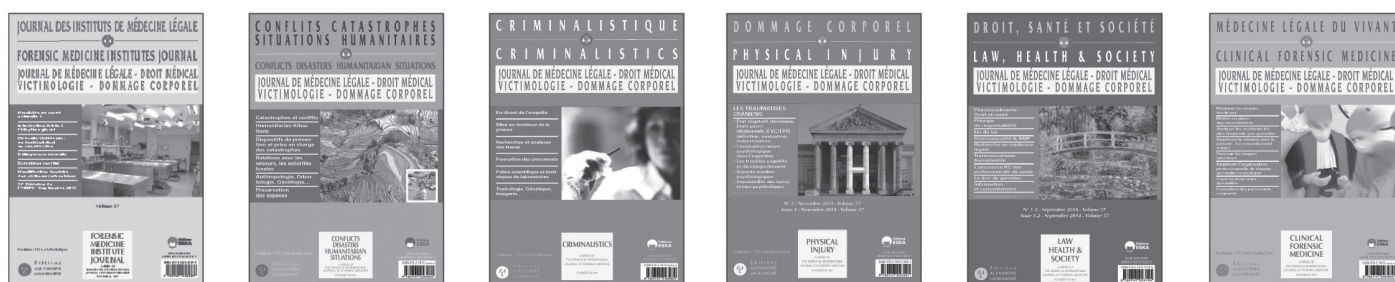
BIBLIOGRAPHIE

- [1] BRONSTEIN A.C., SPYKER D.A., CANTILENA L.R., GREEN J.L., RUMACK B.H., HEARD S.E. 2007 annual report of the American Association of Poison Control Centers'National Poison Data System (NPDS): 25° Annual Report. *Clin. Toxicol.* 2008; 46:927-1057.
- [2] EDER A.F., McGRATH C.M., DOWDY Y.G. Ethylene glycol poisoning. Toxicokinetic and analytical factors affecting laboratory diagnosis. *Clin. Chem.* 1998; 44:168-177.
- [3] ARMONSTRONG EJ, ENGELHART DA, JENKINS AJ, BALRAJ EK. Homicidal ethylene glycol intoxication: a report of a case. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2006; 27:151-5.
- [4] SCHULZ M., SCHMOLDT A. Therapeutic and toxic blood concentrations of more than 800 drugs and other xenobiotics. *Pharmazie.* 2003; 58:447-74.

- [5] ADERJAN R, JOACHIM H. Fatal outcome of poisoning with ethylene glycol. *Z Rechtsmed.* 1988;100:199-206.
- [6] LITOVITZ T.L., FELBERG L., SOLOWAY R.A., FORD M., GELLER R. 1994 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J emerg med.* 1994;13:551-97.
- [7] ROSANO T., SWIFT T., KRANICK C., SIKIRICA M. Ethylene glycol and glycolic acid in postmortem blood from fatal poisonings. *Journal of Analytical Toxicology.* 2009;33:508-513.
- [8] FRASER A.D. Importance of glycolic acid analysis in ethylene glycol poisoning. *Clin. Chem.* 1998;44: 1769-1170.
- [9] GARG U, FRAZEE C 3rd, JOHNSON L, TURNER JW. A fatal case involving extremely high levels of ethylene glycol without elevation of its metabolites or crystalluria. *Am J Forensic Med Pathol.* 2009;30:273-5.
- [10] LETH P.M., GREGERSEN M. Ethylene glycol poisoning. *Forensic Science International* 2005;155: 179-184.
- [11] EDER A., McGRATH C., DOWDY Y., TOMASZEWSKI J., ROSENBARG F., WILSON R., WOLF B., SHAW L. Ethylene glycol poisoning: toxicokinetic and analytical factors affecting laboratory diagnosis. *Clin. Chem* 1998;44: 168-177.
- [12] DETTMAYER R. *Forensic Histopathology, Fundamentals and Perspectives*, Springer 2011.
- [13] TAKAHASHI S, KANETAKE J, KANAWAKU Y, FUNAYAMA M. Brain death with calcium oxalate deposition in the kidney: clue to the diagnosis of ethylene glycol poisoning. *Leg Med* 2008;10:43-5.
- [14] MEGARBANE B. Intoxication aigue par l'éthylène glycol. *Encyclopédie Orphanet.* Mars 2003.
- [15] BRENT J. Current management of ethylene glycol poisoning. *Drugs.* 2001;61:979-988.

BULLETIN D'ABONNEMENT 2014 / SUBSCRIPTION FORM 2014

LES 6 SÉRIES DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE 6 SERIES OF THE INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE



À partir de 2014 Six séries

Série A : Journal des Instituts de Médecine légale
Série B : Conflits, Catastrophes, Situations humanitaires
Série C : Criminalistique
Série D : Dommage Corporel
Série E : Droit, Santé et Société
Série F : Médecine Légale du Vivant

Starting 2014 Six series

Series A: Forensic Medicine Institutes Journal
Series B: Conflicts, Disasters, Humanitarian Situations
Series C: Criminalistics
Series D: Physical Injury
Series E: Health, Law and Society
Series F: Clinical Forensic Medicine

☐ **JE DÉSIRE M'ABONNER AUX 6 SÉRIES DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE - volume 57**
I WANT TO SUBSCRIBE TO THE 6 SERIES OF INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

Merci de cocher la case de votre choix / Please indicate your choice	FRANCE	FRANCE	ÉTRANGER FOREIGN	ÉTRANGER FOREIGN	FRANCE	FRANCE	ÉTRANGER FOREIGN	ÉTRANGER FOREIGN	TOTAL
	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION IMPRIMÉE PRINTED VERSION	
	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	<input type="checkbox"/> VERSION NUMÉRIQUE ONLINE VERSION	
	Particulier Individual	Institution Institutional	Particulier Individual	Institution Institutional	Particulier Individual	Institution Institutional	Particulier Individual	Institution Institutional	
Abonnement aux 6 séries Subscribe to 6 series	<input type="checkbox"/> 274 €	<input type="checkbox"/> 340 €	<input type="checkbox"/> 274 €	<input type="checkbox"/> 340 €	<input type="checkbox"/> 274 €	<input type="checkbox"/> 340 €	<input type="checkbox"/> 274 €	<input type="checkbox"/> 340 €€
Statut Etudiant (6 séries) Student (6 series)	<input type="checkbox"/> 137 €		<input type="checkbox"/> 137 €		<input type="checkbox"/> 137 €		<input type="checkbox"/> 137 €	€
								TOTAL€

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip Code Ville / Town Pays / Country

Email Tel

Je joins mon règlement à l'ordre des EDITIONS ESKA SOIT UN MONTANT TOTAL DE.....€ par :

I enclose my payment to the order of ESKA EDITIONS FOR A TOTAL AMOUNT OF..... € by:

☐ Chèque à l'ordre des/Check payable to Editions ESKA

☐ Virement bancaire aux/Bank transfer to Editions ESKA - BNP Paris Champs Elysées 30004 / 00804 / compte: 00010139858 / 36

☐ Carte de crédit/Credit card ☐ Visa ☐ Mastercard Date d'expiration/Expiry date :

n°

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

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

Date

Signature

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



NOUVELLE-CALÉDONIE : UN DROIT MÉDICAL EN CONSTRUCTION

NEW CALEDONIA: BUILDING MEDICAL LAW

G. DECROIX*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Après avoir profondément modifié son organisation politique et institutionnelle il y a une quinzaine d'années, la Nouvelle-Calédonie est appelée à connaître de nouvelles évolutions dans les années qui viennent, qui auront un impact sur la réglementation applicable dans le domaine de la santé, qui est aujourd'hui bien confuse. S'il est parfois bien difficile de retrouver la version du texte applicable en Nouvelle-Calédonie, certaines spécificités ne sont pas dénuées d'intérêt.

Mots-clés : Nouvelle-Calédonie, institutions, réglementation sanitaire, indemnisation des accidents médicaux, compétence des professionnels de santé.

SUMMARY

After profoundly modifying its political and institutional organisation about 15 years ago, New Caledonia is now going to have to face new evolutions in the years to come, evolutions which will have an impact on the regulations applicable in the field of healthcare, which are currently somewhat disorganised. Although it is sometimes rather difficult to find the version of the text that is applicable in New Caledonia, some specificities are not without interest.

Keywords: *New Caledonia, institutions, health regulations, indemnification of medical accidents, competence of healthcare professionals.*

UN PEU D'HISTOIRE...

Quand l'explorateur britannique James Cook découvrit la Grande Terre en 1774, à plus de 20 000 km de chez lui, il l'a nommée Nouvelle-Calédonie en pensant au relief de ses montagnes écossaises. La France va ensuite rapidement s'intéresser à ce territoire mais ne va l'annexer officiellement qu'en 1853, au motif de protéger les missions catholiques. Ce fût alors surtout une colonie pénitentiaire où furent déportées 25 000 personnes dont, en 1871, les communards et les kabyles issus de la rébellion d'Alger. La colonisation à grande échelle a commencé à la fin du XIX^e siècle ou fût appliqué le code de l'indigénat prévoyant un statut légal inférieur pour les kanaks. Ce code fût renouvelé tous les 10 ans, les autorités françaises estimant que la population locale n'avait pas les moyens « moraux et intellectuels » pour diriger leurs affaires, et enfin abrogé à l'issue de la seconde guerre mondiale. Pendant celle-ci les américains sont autorisés à installer une base militaire qui va regrouper jusqu'à 40 000 GI qui vont installer des infrastructures signant le début de l'ère de la modernité. Certaines ont perduré comme l'hôpital militaire (aujourd'hui la clinique de l'anse Vata). En 1946, la Nouvelle-Calédonie devient un territoire d'outre-mer (TOM) et dans la décennie suivante la citoyenneté des kanaks leur est reconnue, tout comme le droit de vote. L'exploitation du Nickel apporte la prospérité au pays dans les années 1960 – 1970, sans pour autant réduire les inégalités. Les étudiants rentrant de France après 1968 insufflent les prémices des mouvements indépendantistes qui se multiplient dans les pays voisins (Fidji en 1970, Papouasie-Nouvelle-Guinée en 1975). Lors de l'assemblée territoriale de 1979 les partis kanaks forment le front indépendantiste, pendant que les caldoches loyalistes formeront le RPCR autour de

* Juriste, le Sou Médical, MACSF, Rédacteur en chef de la revue **RESPONSABILITÉ**.

Adresse : Le Sou Médical, MACSF, Direction du Risque Médical et de la Protection Juridique, 10, Cours du Triangle de l'Arche, 92919 LA DEFENSE CEDEX. germain.decroix@macsf.fr

leur leader, Jacques Lafleur. C'est en 1984 que tout bascule avec la réunion des partis indépendantistes pour former le front de libération national kanak et socialiste, le FLNKS dirigé par Jean-Marie Tjibaou. Un début de guerre civile a lieu après le boycott des élections territoriales par le FLNKS. La France lâche du lest en proposant d'accroître l'autonomie des kanaks et le calme semble revenu. Mais en décembre 1986, l'Assemblée générale de l'ONU décide à une large majorité de réinscrire la Nouvelle-Calédonie dans la liste des pays à décoloniser. On se souvient ensuite de l'affaire de l'assaut de la grotte d'Ouvéa le 4 mai 1988, par le GIGN qui fit 21 morts et qui fait suite à l'attaque de la gendarmerie de Fayaoué par un groupe kanak qui avait pris en otage 27 gendarmes. Les socialistes reprennent le pouvoir en métropole et décident de mettre un terme rapide à ce conflit. Ainsi, le nouveau premier ministre, Michel Rocard met en place « les accords de Matignon » qui furent signés le 26 juin 1988 par Jean-Marie Tjibaou et Jacques Lafleur. Ces accords prévoient un rééquilibrage politique et économique entre les parties et, malgré l'assassinat de Tjibaou un an plus tard, les élections territoriales de 1989 et 1995 se déroulent sans heurts, conduisant à une majorité indépendantiste dans la province nord et la province des îles, les loyalistes gardant la majorité dans la province sud (de très loin la plus peuplée car comprenant le grand Nouméa). L'accord de Nouméa de 1998 reporte le référendum entre 2014 et 2018 et transforme le statut de TOM en POM (Pays d'outre-mer). La création des institutions locales a rapidement suivi et le gouvernement local, formé à la fois d'indépendantistes et de loyalistes, voit le jour dès l'année suivante. L'accord prévoit le transfert progressif de certaines compétences de Paris vers Nouméa ainsi que la création d'une véritable identité nationale avec un hymne, un drapeau (sujets toujours en discussion). En 2014, de nouvelles élections sont prévues pour renouveler les membres du Congrès. L'enjeu est important puisque ceux-ci devront notamment décider de la tenue du référendum prévu dans l'accord de Nouméa et portant sur le développement ou non du processus d'autonomie, en sachant qu'il ne pourra pas s'agir d'une marche arrière. Ceci explique l'importance des débats existant dès aujourd'hui dans le pays et des profondes divisions à ce propos.

LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES

C'est ce point qui a le plus évolué et qui pourrait encore changer si le processus d'autonomie s'accroissait après les résultats du futur référendum. C'est le titre II de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie¹ qui répartit aujourd'hui les compétences entre Paris et Nouméa. Il est tout d'abord (article 21) défini un large domaine de compétence de l'Etat. Aux côtés de la nationalité,

des libertés publiques, des droits civiques, du régime électoral, de la monnaie (le franc pacifique [CFP]), nous trouvons la fonction publique d'Etat, les marchés publics et délégations de service public de l'Etat et de ses établissements publics, le droit pénal... Nous avons ensuite une catégorie importante : les domaines appartenant à l'Etat, mais jusqu'à leur transfert à la Nouvelle-Calédonie selon un échéancier fixé par le Congrès. Cette progressivité rend nécessaire une bonne connaissance de l'avancement de ces différentes phases, ce qui n'est pas forcément aisé... Dans cette catégorie il y a des matières très différentes comme l'enseignement, le droit civil et le droit commercial. L'article 22 détermine le domaine de compétence de la Nouvelle-Calédonie, qui s'est sérieusement accru. On y trouve, les impôts, le droit du travail, la protection sociale, l'hygiène publique, la santé, la réglementation des professions libérales, les établissements hospitaliers... donc dès aujourd'hui une autonomie importante dans le domaine qui nous concerne. Mais nous sommes dans une période de transition, qui pourrait durer encore longtemps, et dans laquelle on continue en fait à appliquer les textes de métropole dans ces domaines, sauf réglementation locale, qui reste en fait assez éparse.

LES INSTITUTIONS DE NOUVELLE-CALÉDONIE

C'est le titre III de la loi de 1999 qui les organise. Il s'agit tout d'abord du Congrès (articles 62 et suivants) qui est l'assemblée délibérante de Nouvelle-Calédonie. Il comprend 54 membres élus pour 5 ans et représentant les trois provinces. Il comprend un bureau et surtout une commission permanente de 7 à 11 membres qui constitue sa cheville ouvrière. Le haut-commissaire peut l'interroger sur toute question sur laquelle elle a compétence pour rendre un avis. L'article 91 détermine la compétence du congrès par rapport aux lois venant de métropole. Il est ainsi prévu que « *Dans les matières qui relèvent de la compétence de l'Etat, le congrès peut adopter des résolutions demandant que soient complétées, modifiées ou abrogées les dispositions législatives ou réglementaires applicables en Nouvelle-Calédonie. Ces résolutions sont adressées par le président du Congrès au président du gouvernement et au haut-commissaire* ». De plus, le Congrès peut adopter des dispositions dans les domaines faisant déjà l'objet d'un transfert de compétences et qui seront alors appelées « lois du pays ».

Le gouvernement (articles 108 et suivants) constitue l'exécutif. Ses membres (de 5 à 11) sont élus par le Congrès pour la durée du mandat du Congrès.

1. Publiée au *Journal Officiel* de la République Française du 21 mars 1999 p. 4197 et suiv.

L'article 126 définit sa mission : « *Le gouvernement prépare et exécute les délibérations du Congrès et de sa commission permanente. Il prend, sur habilitation du Congrès ou de sa commission permanente, les arrêtés réglementaires nécessaires à la mise en œuvre de leurs actes* ». Nous sommes, à une moindre échelle, dans une organisation proche de celle que nous rencontrons en métropole, le président du gouvernement ayant, par ailleurs, une mission spécifique, notamment de représentation de la Nouvelle-Calédonie.

Le sénat coutumier (article 137 et suivants), composé de 16 membres désignés par chaque conseil coutumier doit être saisi par le président du Congrès de tout projet de loi du pays en rapport avec notamment les signes identitaires, le statut civil coutumier, le régime des palabres coutumiers, les limites des aires coutumières et, de manière générale avec la coutume. Le sénat coutumier se prononce sur le projet ou la proposition de loi du pays et le texte adopté est alors soumis au Congrès. En cas de désaccord, c'est le Congrès qui statue définitivement. Même s'il ne peut imposer la décision finale, le sénat coutumier n'est pas une simple institution consultative ; il dispose bien d'un pouvoir législatif, mais dans des domaines restreints. Il peut également être saisi en cas de litige autour de la coutume, du respect de la parole donnée, comme il le fût à propos de la destruction des cases traditionnelles dans le centre de Nouméa en novembre 2012. Enfin, les conseils coutumiers, institués dans chaque aire coutumière et qui ont un rôle uniquement consultatif à la demande du sénat ou, de toute autorité administrative ou juridictionnelle sur l'interprétation des règles coutumières.

ET POUR LE DROIT MÉDICAL ?

Ce mélange entre droit coutumier, traditions ancestrales, réglementation locale et droit de métropole se retrouve également à propos de la dispensation des soins.

L'exercice consistant à retrouver la réglementation applicable pourrait paraître simple mais il se heurte à un important problème de traçabilité et d'identification des textes². Par exemple, sur le site officiel www.juridoc.gouv.nc, la version disponible du Code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie est « mise à jour au 26/11/2007 » ! De plus, les lois du pays sont difficiles à retrouver et elles se contentent parfois de modifications de détails de la loi de métropole, modifications qu'il est alors bien compliqué de retrouver. Enfin, les lois de métropole prévoient souvent des dispositions pour l'outre-mer (dans des domaines qui, d'ailleurs ne relèvent pas toujours exclusivement de l'Etat) qui consistent en des modifications à apporter au texte initial, mais sans proposer de version consolidée alors que la mise en œuvre de ces modifications est parfois également

semée d'embûches. Il est alors, en pratique, nécessaire de se constituer sa propre version du texte applicable en Nouvelle-Calédonie, en espérant ne pas commettre d'erreur en la réalisant. Les avocats de Nouvelle-Calédonie réalisent cet exercice afin de pouvoir plaider sur la bonne version du texte. Par exemple, la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques³ prévoit, dans son titre IV des dispositions applicables à l'outre-mer (article 13 à 17), qui sont nombreuses, pas toujours simples à appliquer mais qui constituent le plus souvent une simple adaptation aux conditions locales (par rapport aux institutions, à la monnaie...), sans remettre en cause le fond de cette loi.

Parmi les principales différences actuelles, on retrouve :

L'existence d'une caisse autonome de Sécurité Sociale, la CAFAT, créée en 1958 qui est une caisse de compensation des prestations familiales, accidents du travail et de prévoyance. La CAFAT ne participe pas au financement des fonds de garantie (par exemple ONIAM pour les accidents médicaux) et ses assurés ne peuvent bénéficier de leur prise en charge.

Le maintien de l'organisation des structures sanitaires d'avant la loi HPST. Par exemple c'est la DASS, direction des affaires sanitaires et sociales, qui a en charge de concevoir et mettre en œuvre les mesures préventives et curatives ayant pour objet la protection de la santé des populations contre les risques liés aux milieux et modes de vie⁴.

La non-application du régime d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux tel qu'issu de la loi du 4 mars 2002 (titre quatrième du livre I de la première partie du Code de la santé publique, sauf l'article L.1141-1 relatif aux tests génétiques). Ainsi, la victime d'un accident médical en Nouvelle-Calédonie (même un métropolitain venu en vacances), ne pourra pas saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) ni prétendre à la réparation des conséquences de l'aléa médical dont il aurait été victime. Ceci est la conséquence de l'ordonnance n° 2003-166 du 27 février 2003⁵ prise pour l'application outre-mer de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce texte précise quelles sont les dispositions applicables à Mayotte, Wallis et Futuna, Terres australes et antarctiques françaises, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française. Pour la Nouvelle-Calédonie, si l'on retrouve les droits fondamentaux tels que le

2. Voir en ce sens, *Le droit médical en Nouvelle-Calédonie* aux éditions hospitalières, avril 2011.

3. Publiée au *Journal Officiel* de la République Française du 6 juillet 2011, p 11705 et suiv.

4. Voir www.dass.gouv.nc.

5. Publiée au *Journal Officiel* de la République Française du 1^{er} mars 2003, p. 3653 et suiv.

consentement, l'information, l'accès aux informations médicales, les droits des patients mineurs..., le chapitre relatif à la réparation des accidents médicaux n'a pas été rendu applicable. Il en est de même des dispositions relatives à l'assurance couvrant la responsabilité civile professionnelle qui reste, en Nouvelle-Calédonie, sur une base fait générateur.

Une mise en œuvre pragmatique de certaines dispositions de métropole afin d'être plus réaliste dans les possibilités d'application. Par exemple, la délibération n°12/CP de la commission permanente du congrès, du 3 mai 2005 à propos de l'accès des patients aux informations médicales les concernant⁶. Celle-ci prévoit, dans son article 2, que le délai entre la réception de la demande et cette communication est au maximum de 15 jours, ce qui est plus réaliste que les 8 jours de l'article L.1111-7 de notre Code de la santé publique.

La situation des infirmières en Nouvelle-Calédonie est compliquée car la rédaction de la réglementation n'est pas achevée. C'est là un exemple emblématique de l'incertitude réglementaire que l'on trouve dans ce pays. L'exercice de la profession d'infirmier était sous le régime de la réglementation de métropole, bien connue des professionnels concernés venant pour la grande majorité de métropole ou formés à l'IFPSS de Nouméa qui organisait sa formation sur la base de cette réglementation. Dans le cadre de l'autonomie dans le domaine de la santé qui lui a été conférée par les accords que nous avons cités, le Congrès a promulgué la délibération n° 104 du 15 décembre 2010 relative à l'exercice et aux règles professionnelles de la profession d'infirmier⁷. Si l'on retrouve une bonne partie des dispositions de métropole, il existe des spécificités, mais non encore abouties. Ainsi, l'article 78 prévoit que « *les actes professionnels de l'infirmier accomplis dans le cadre de ses attributions sont fixés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie* ». Cela signifie clairement qu'il n'y a plus lieu d'appliquer les textes d'actes de métropole (R.4311-1 et suivants du Code de la santé publique) mais ceux du gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Or, ils n'ont pas encore été publiés... En pratique, c'est donc toujours la réglementation de métropole qui constitue la référence en matière d'actes infirmiers, contrairement au texte de

cet article 78, et c'est toujours elle qui est enseignée à l'IFPSS de Nouméa. La situation est un peu différente pour l'article 77 qui dispose que « *Dans des circonstances d'urgence et dans les structures publiques hors Nouméa et Grand Nouméa, ainsi que hors centres hospitaliers, l'infirmier peut être autorisé par l'employeur, après une formation adaptée, agréée et validée par le médecin inspecteur de la santé, à réaliser certains actes non prévus par l'article 78 de la présente délibération. Les actes mentionnés à l'alinéa 1 ainsi que leurs modalités de mise en œuvre sont définis par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie* ». Là aussi, aucun texte n'a été promulgué, si bien que ces compétences exceptionnelles ne peuvent être mises en œuvre alors que ces situations d'urgence se produisent déjà bel et bien dans les dispensaires de brousse.

La situation vis-à-vis des Ordres professionnels des personnes exerçant en Nouvelle-Calédonie est variable d'une profession à l'autre. Ainsi, il n'y a pas d'Ordre infirmier en Nouvelle-Calédonie et donc pas d'obligation d'inscription pour pouvoir y exercer la profession. Pour l'Ordre des médecins, il existe une organisation locale disposant de règles propres. Ainsi, la délibération du Congrès de Nouvelle-Calédonie N° 431 du 9 décembre 2008, relative à l'exercice des professions de médecin et de chirurgien-dentiste⁸ fixe les obligations d'inscription à l'Ordre et le fonctionnement de cette institution dans ses articles 48 à 60, avec une indépendance marquée par rapport à l'Ordre de métropole. Du côté des sages-femmes, il existe également une organisation spécifique que l'on retrouve dans le chapitre II de la délibération n° 375 du 7 mars 2003⁹.

Le recours à la médecine traditionnelle est fréquent en Nouvelle-Calédonie, dans une apparente bonne interaction avec la médecine scientifique. Ainsi, un patient hospitalisé peut demander à un praticien de la médecine traditionnelle son avis, et peut suivre le traitement préparé par celui-ci en même temps que celui mis en œuvre par le personnel de l'hôpital, en espérant qu'il n'y aura pas d'interaction toxique... D'autre part, les traditions donnent une place importante à l'oncle utérin qui constitue un véritable référent quand on a besoin d'un consentement pour les soins, notamment quand il s'agit de soins à des mineurs. Il est la personne de confiance naturelle en Nouvelle-Calédonie. Les différences dans la structure familiale (en raison par exemple des nombreuses adoptions coutumières, sortes d'adoptions privées, dons d'enfants sans abandon¹⁰), obligent à s'interroger fréquemment afin de déterminer quels sont les bons interlocuteurs.

Sur le plan de la responsabilité des professionnels de santé, si les magistrats (formés en métropole) appliquent la réglementation locale, dont nous avons simplement entrevu la complexité, ils se basent également sur la jurisprudence de métropole, notamment de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat qui interviennent en dernier ressort. Comme il s'agit d'un droit qui reste très jurisprudentiel, malgré une intervention de

6. Publiée au *Journal Officiel* de Nouvelle-Calédonie du 12 mai 2005 p. 2583 à 2586.

7. Publiée au *Journal Officiel* de Nouvelle-Calédonie du 23 décembre 2010 p.10251 à 10258.

8. Publiée au *Journal Officiel* de Nouvelle-Calédonie du 16 décembre 2008 p. 8228 et suiv.

9. Publiée au *Journal Officiel* de Nouvelle-Calédonie du 20 mai 2003 P.2323 et suiv.

10. Marie-Odile Pérouse de Montclos et al, Lien social et processus d'attachement chez l'enfant adopté en milieu Kanak P.U.F. La psychiatrie de l'enfant 2001/1 vol. 44 p. 233 à 265.

plus en plus forte de la loi, les principes prétoriens appliqués par les juridictions de Nouvelle-Calédonie ne sont guère différents de ceux que nous rencontrons devant nos juges du fond.

La réglementation sanitaire en Nouvelle-Calédonie ressemble à la fois à un puzzle et à un mille-feuille. Un puzzle car il s'agit d'une juxtaposition de textes de valeur et portée différente qui peuvent interagir les uns sur les autres et dont certaines pièces manquent encore aujourd'hui, ce qui compromet l'harmonie et la solidité de l'ensemble. Un mille-feuille car il s'agit de couches successives, arrivées au fur et à mesure de l'histoire du pays, venant de métropole, des institutions locales, de la tradition, sans que l'on sache très bien laquelle mettre dessus et formant au final une masse assez indigeste et instable. Ce « pays adolescent » comme certains l'ont qualifié¹¹, est en pleine réflexion sur son avenir dans tous les domaines, dont celui de la santé, avec des projets très concrets comme, par exemple, la construction à Nouméa d'un nouvel hôpital et d'un nouveau site regroupant les cliniques

actuelles. Espérons que les transitions seront douces, respectueuses des traditions et intérêts de chacun et que la réglementation locale sera bientôt achevée afin de donner plus de cohérence à l'ensemble.

NOTE DE L'ÉDITEUR

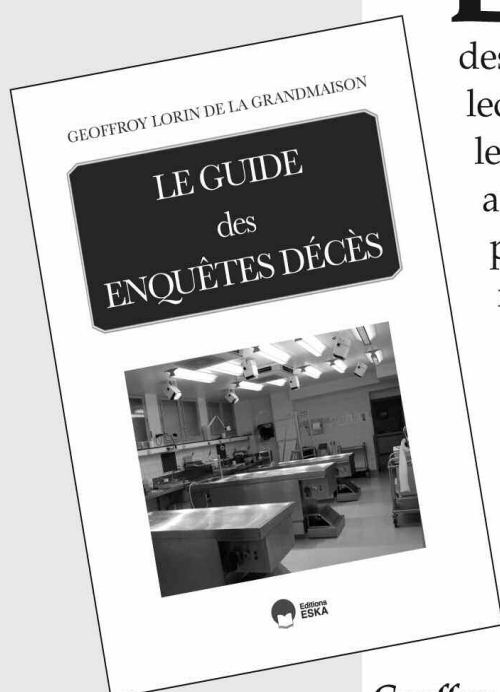
Ce premier article, sur le droit médical en construction en Nouvelle Calédonie, met l'accent sur les aspects historiques et institutionnels, et ne prétend pas couvrir l'ensemble des champs, en particulier les aspects du droit médical, tels que le statut des experts, la responsabilité médicale, les expertises médicales, les infections nosocomiales, l'aléa thérapeutique, la solidarité...

Ces questions ne sont pas abordées d'une manière définitive et encourageront la présentation d'articles couvrant ces questions dans les prochains numéros. D'autant qu'à partir de 2015, un ambitieux projet de code de santé publique a été mis en route et occupera pendant de nombreuses années les acteurs concernés. ■

11. Claudine Wéry, Le spleen de la jeunesse Kanak, *Le Monde* 6 décembre 2012 p. 20.

LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS

GEOFFROY LORIN DE LA GRANDMAISON



L'intérêt et les limites des investigations médico-légales mises en œuvre au cours des enquêtes décès ne sont pas toujours bien connus des enquêteurs ni des magistrats en charge de l'affaire. De même, la lecture d'un rapport médico-légal, qu'il s'agisse d'une levée de corps ou d'une autopsie, est souvent une tâche ardue pour un non-spécialiste. Cet ouvrage a pour principale ambition de faciliter le dialogue entre les médecins légistes, les magistrats et les Officiers de Police Judiciaire dans les situations courantes d'enquête décès, y compris les affaires criminelles. Ce livre s'adresse en particulier aux professionnels de justice (magistrats et avocats), aux services de police et de gendarmerie ainsi qu'aux étudiants en médecine légale.

Geoffroy Lorin de la Grandmaison est professeur de médecine légale à la faculté des sciences de la santé de l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, anatomo-pathologiste, chef du service d'anatomie pathologique et de médecine légale à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris).



**Editions
ESKA**

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

ISBN 978.2.7472.1773.6
15 x 21 cm - 468 pages

Prix : 30 €
+ 1 € de frais de port

BON DE COMMANDE

Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : **LE GUIDE DES ENQUÊTES DÉCÈS - CODE EAN 978-2-7472-1773-6**

au prix TTC de 30,00 € + 1,00 € 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 :

☐ Virement postal aux Editions ESKA - CCP Paris 1667-494-Z

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 : adv@eska.fr

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

DÉLINQUANCE SEXUELLE : CONCEPTS ET PRISES EN CHARGE *SEXUAL OFFENSES: CONCEPTS AND TREATMENTS*

Par P.-M. DANG-VU¹, C. COTTIN², P. CEZERA³, C. SOUCHET⁴, M. JEAN⁵

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

La délinquance sexuelle est un sujet sensible et la prise en charge soignante des auteurs d'agression sexuelle difficile, surtout pour des personnels non formés. Des cadres légaux existent, comme l'obligation ou l'indication de soins, mais les modalités de prise en charge varient selon les moyens humains disponibles localement et selon l'intérêt historique de certaines équipes soignantes pour le sujet.

Un recensement des différents types de prise en charge, leurs indications respectives, une mise en perspective de l'articulation soins-justice devenaient alors intéressants à proposer de manière synthétique après le rappel de quelques concepts.

Mots-clés : Suivis socio-judiciaires, médecin coordonnateur, agression sexuelle, agresseur.

SUMMARY

Sexual violence is a sensitive subject and it is difficult to care for sex offenders, particularly for untrained personnel. There are legal frameworks in place, such as the requirement or order of care, but the implementation of care differs according to locally available human resources and the historic interest of certain care teams for the subject.

It was therefore of interest, following a reminder of a few concepts, to summarise a census of different types of care and their respective indications, and to put into perspective the links between care and justice.

Keywords: Sociolegal follow-up, coordinating physician, sexual assault, offender.

I. INTRODUCTION

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles est un sujet difficile, complexe et sensible. L'actualité forte de ces questions, les désaccords de certains spécialistes, renforcés par l'inévitable surenchère médiatique ou politique, la résonance particulière qu'elles entraînent chez les soignants ou les personnels de la Justice nous rappellent sans cesse à la lutte contre la récidive.

Les liens avec l'administration pénitentiaire, la préservation du secret médical, les étapes incontournables d'une prise en charge de ces patients « atypiques », le type de soins les plus appropriés, les critères d'arrêt de prise en charge, sont autant de sujets que nous essaierons d'aborder en plus de certaines définitions ou pré-

1. Dr. Pierre-Mathieu DANG-VU, psychiatre, médecin coordonnateur, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Niort (79 000), service de psychiatrie et psychologie médicale. Courriel : pierre-mathieu.dang-vu@ch-niort.fr, 05 49 78 39 70, 05 49 78 39 69 (fax).

2. Mme Cassandre COTTIN, juriste, Niort (79 000).

3. M. Philippe CEZERA, cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Niort (79 000), centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

4. Mme Cécile SOUCHET, Juge de l'Application des Peines, Tribunal de Grande Instance de Niort (79 000).

5. M. Mario JEAN, Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation, Niort (79 000).

requis et des éléments de psychopathologies incontournables.

II. QU'EST-CE QUE LA DÉLINQUANCE SEXUELLE - LES DIFFÉRENTES PARAPHILIES

1. Violence et délinquance sexuelle(s) : définitions

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence sexuelle « comprend tout acte sexuel, toute tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne, utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec sa victime, y compris sans s'y limiter, au foyer et au travail. La coercition peut inclure le recours à la force à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage, les menaces, etc. La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement – parce qu'elle est ivre,

droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple [1] ».

Pour le Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, l'abus sexuel est un acte qui peut prendre différentes formes, allant de l'exhibitionnisme, ou des caresses, jusqu'au viol et à l'inceste.

La peine est aggravée lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans, ou lorsque l'agresseur est un ascendant ou une personne ayant autorité. Elle peut aller jusqu'à 20 ans de prison en France.

2. Apports du Code Pénal

L'article 222-22 du Code Pénal modifié par la Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 – art.36, précise que : « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues plus haut, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Le tableau suivant permet de hiérarchiser et de clarifier les différentes infractions à caractère sexuel :

Infractions		Incriminations	Peines principales
Crime	Viol Art. 222-23 du Code Pénal	« tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par la violence, menace, contrainte ou surprise est un viol »	Quinze ans de réclusion criminelle
Délit	Agression sexuelle Art. 222-22, al. 1 ^{er} du Code Pénal	« constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »	Hors viol, cinq ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende
Délit	Exhibition sexuelle Art. 222-32 du Code Pénal	« L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public »	Un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende
Délit	Harcèlement sexuel Art. 222-33 du Code Pénal	« le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle »	Un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende

Les circonstances aggravantes sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

3. Les nosographies actuelles

Les termes de « perversion sexuelle » ou « personnalités perverses », présents dans les anciennes nosographies disparaissent progressivement des écrits actuels, sûrement du fait de la connotation morale qu'ils apportaient.

La Classification Internationale des Maladies (CIM 10) propose celui de « troubles de la préférence sexuelle » [2], tandis que le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) propose celui de « paraphilies » [3].

Les différentes paraphilies peuvent impliquer des objets inanimés (fétichisme ou transvestismes), des enfants ou des personnes non consentantes (pédophilie, voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme), l'humiliation ou la souffrance du sujet lui-même ou de

son partenaire (masochisme ou sadisme sexuel), des animaux (zoophilie), des cadavres (nécrophilie), les fèces ou l'urine (copro ou urophilie).

Les classifications psychiatriques :

- tiennent compte du sujet, de la récurrence ou de la persistance du trouble, alors que les catégories pénales ne se basent que sur la commission et l'intention de l'acte
- permettent également le repérage des comorbidités ou des troubles de la personnalité associés.

A retenir :

Les aspects nosographiques et pénaux ne se superposent pas totalement : la Loi n'interdit pas toutes les paraphilies. Elle condamne l'entrave à la liberté d'autrui, adulte non consentant, mineur ou personne vulnérable inapte à consentir.

III. ÉLÉMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE

1. La difficulté d'établir un profil-type

Il est très difficile d'élaborer un profil-type psychopathologique de l'agresseur sexuel devant le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles elles apparaissent. Néanmoins, les experts semblent d'accord sur le fait que ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de solutions « défensives » par rapport à des angoisses majeures [4].

Des lors, une généralisation des propos sur ce sujet devient difficile. La fédération française de psychiatrie insiste sur le fait que les connaissances étiopathogéniques concernant les auteurs d'agression sexuelle présentent un degré de certitude trop faible.

Circonstances aggravantes	
Celles liées à la victime	Mineur de moins de 15 ans Personnes dont la vulnérabilité est apparente ou connue de l'auteur (âge, déficience mentale, handicap, grossesse, etc.).
Celles liées à l'existence du lien entre la victime et son agresseur	Ascendant naturel ou adoptif, ou tout autre personne ayant autorité (ex : compagnon de la mère) Personne ayant autorité par ses fonctions (ex : instituteur)
Celles liées aux circonstances du viol	Agression précédée, accompagnée ou suivie de torture ou d'actes de barbarie Viol collectif Usage ou menace d'une arme Agression accompagnée d'une rémunération
Celles liées aux résultats de la violence	Le viol a entraîné la mort de la victime Le viol a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente L'agression a entraîné une blessure ou une lésion

Deux constantes sont souvent retrouvées dans l'environnement familial d'une victime d'agression incestueuse : la confusion dans la place de chacun et la confusion au niveau des générations.

Certains facteurs de risque ont néanmoins pu être identifiés dans le parcours des auteurs de violences sexuelles [4] : les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance, les carences affectives par négligence ou abandon, les maltraitances, les dysfonctionnements familiaux, l'abus ou les dépendances aux pro-

duits psychoactifs et notamment l'alcool. Ciavaldini [5] a remarqué quant à lui certains éléments : difficultés à reconnaître l'altérité, accessibilité à la culpabilité limitée, modalités défensives prévalentes (clivage, déni, etc.), faible investissement du registre verbal, carences affectives précoces et « agir » comme mode privilégié de régulation des conflits psychiques.

L'association agresseur-ancien agressé n'est pas systématique.

2. Les théories actuelles étiopathogéniques [4]

Le passage à l'acte sexuel transgressif se situe toujours au carrefour de l'organisation sociale, et familiale, du déterminisme individuel et de la représentation de la Loi.

Les théories psychosociologiques mettent en avant la démission parentale, la dislocation de la famille, l'augmentation de l'intervention de l'Etat avec une sur-assistance des parents et des enfants.

Les théories biologiques soulignent le rôle des hormones, des neurotransmetteurs et des éventuels facteurs génétiques. Il paraît cependant hasardeux d'extrapoler les données de la neurobiologie à la clinique des agressions sexuelles comme de transposer les résultats des études faites sur l'animal à l'homme.

Les théories psychanalytiques sont abordées plus bas dans le présent article. On pourra rajouter qu'elles sont également utiles dans la régulation et la supervision des soignants impliqués.

Les théories cognitivo comportementales sont aujourd'hui les seules validées pour ce qui est de leur mise en œuvre sous forme de psychothérapie. Initialement, le traitement visait à modifier les préférences sexuelles déviantes. Leur fondement actuel se situe sur la dimension plurifactorielle, impliquant un travail socio-éducatif plus global. Par pragmatisme, des dimensions non sexuelles sont abordées comme l'entraînement aux habiletés sociales, l'affirmation de soi, etc.

IV. ÉPIDÉMIOLOGIE

S'il était nécessaire d'encore sensibiliser à la prévention de la récidive en terme de délinquance sexuelle, quelques statistiques assez convaincantes pourront être utiles à rappeler.

1. Les enquêtes de victimation

Des éléments importants sont apportés par les études de victimation. Leur raison d'être tient au fait que toutes les victimes d'agressions sexuelles ne donnent pas forcément de suites judiciaires à leur agression. Les résultats de l'enquête « cadre de vie et sécurité » sont publiés dans le dernier rapport de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales [6] dont nous ne livrerons que certains chiffres jugés pertinents. Cette enquête porte sur un échantillon représentatif de la population française et permet d'estimer le nombre de victimes.

Ainsi, pour ce qui est des violences sexuelles hors ménage déclarées en 2012 et portant sur les deux années précédentes, on note une certaine stabilité depuis 2006 avec 290 000 victimes déclarées (0.7% de la population) réparties en 80 000 hommes et 210 000 femmes. Le taux de plainte était en moyenne

de 8.1 % soit environ 10% des femmes et 2.5% des hommes.

Le nombre de viols paraît stable entre 2008 et 2012 et semble concerner 0.8% des femmes âgées de 18 à 75 ans, ce qui revient à 168 000 viols en moyenne.

Les violences sexuelles constatées par les services de police et de gendarmerie en France mettent en évidence une stabilité entre 2006 (22864 plaintes) et 2011 (23871 plaintes) [6].

2. Les statistiques judiciaires

De 1980 à 1998, alors que la population écrouée a triplé, la proportion de personnes condamnées pour des infractions de nature sexuelle a quintuplé. Par rapport à la totalité de la population incarcérée, les agresseurs sexuels ont tour à tour représenté 6% en 1980, 18% en 1998 et enfin 22% en 2005. En 2012, sur 55501 personnes incarcérées, 7722 (13.4%) l'étaient pour des infractions à caractère sexuel. La moyenne d'âge est de 44 ans. Plus on avance dans l'âge des personnes incarcérées et plus le taux d'agresseurs sexuels est important. À noter que 16% des mineurs ayant des peines d'incarcération fermes le sont pour de tels agissements [7].

3. L'apport des études médicales

Une étude un peu ancienne mais faisant référence est celle d'Hanson et Buissière en 1998, portant sur près de 30 000 cas d'agresseurs sexuels sur une période de suivi de 5 ans. Elle met en évidence un taux de récidive de 13% pour les pédophiles et de 21% pour les agresseurs de femmes adultes [8].

L'ampleur du phénomène rend donc urgente une évaluation fiable du risque de récidive, le développement et l'application de thérapies spécifiques, ce qui sera détaillé plus bas [9, 10].

V. LE TEMPS DES EXPERTISES

1. Intérêts des expertises

Lors de la phase pré sententielle, l'enjeu de l'expertise consiste à savoir si le sujet peut être jugé pénalement responsable de ses actes.

Que ce soit lors de la phase pré sententielle au cours de l'enquête ou lors de la phase pré libératoire en conditionnelle, l'évaluation psychopathologique du sujet ne devrait pas être dissociée de l'évaluation du risque de récidive de comportement violent, c'est-à-dire de la dangerosité [11].

L'évaluation clinique initiale est indispensable aux choix des modalités de prise en charge, parce qu'elle permet de déterminer et d'identifier les vulnérabilités et les ressources du sujet et plus généralement des fac-

teurs qui ont pu contribuer au développement des troubles et à les précipiter. Les informations à réunir sont multiples et comprennent notamment des données sociodémographiques, des données cliniques (antécédents personnels et familiaux, qualité des relations interpersonnelles, modalités de fonctionnement psychologique, de relation à la réalité et à la Loi, recherche de troubles psychiatriques caractérisés et de troubles de la personnalité, description de la ou les paraphilies) et des informations sur l'acte (description du ou des passages à l'acte) [12].

2. Les dangersités

La *dangerosité psychiatrique* est en relation avec un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante. La dangerosité et le trouble psychiatrique sont ainsi directement liés. Les troubles psychiatriques ici concernés sont les troubles psychotiques (délire paranoïde, délire paranoïaque, automatisme mental, les troubles thymiques, déficience intellectuelle, psychopathie, abus de substances psycho actives).

La *dangerosité criminologique* reconnaît quant à elle le rôle que peuvent avoir les facteurs sociologiques et institutionnels. Benezech la définira comme le « phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens » [13]. Cette notion pourrait être intégrée dans la prédisposition du sujet à commettre un délit ou un crime. Son appréciation permettra de révéler une possible probabilité de (re)commettre une infraction.

3. Facteurs de risque et de protection

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés chez les individus présentant des troubles mentaux. Au niveau « individuel », l'âge, le faible niveau socio-économique, et le faible niveau d'études sont au premier rang. Au niveau « historique », les antécédents de violence agie ou subie, la précocité des comportements violents, les maltraitements psychiques et physiques pendant l'enfance entrent de manière primordiale en ligne de compte. Au niveau « clinique », l'existence d'une maladie psychiatrique, d'un trouble de la personnalité surtout s'il s'agit de la psychopathie, l'abus d'alcool ou de substances illicites, des faibles capacités d'insight ou de gestion de la colère ainsi qu'une faible adhésion aux soins devront être repérés comme particulièrement inquiétants. Pour finir, les facteurs de risque « contextuels » comme le cadre de vie, le niveau de stress, les mauvaises conditions sociales devront être pris en compte [14].

À l'inverse, il est facile d'identifier les facteurs de protection criminelle (support social, investissement des figures d'autorité, qualité de l'alliance thérapeutique, environnement familial adapté par exemple).

Ceci est à remettre en perspective, car il est admis que les personnes atteintes de trouble mental sévère ne sont les auteurs que de 5% des infractions criminelles avec violence [15].

Par pragmatisme, plutôt que de distinguer les différentes sortes de dangerosité (psychiatrique versus criminologique), plutôt que de se limiter à poser un diagnostic (tous les auteurs de crimes violents ne sont pas malades mentaux), il s'agit de mieux connaître le risque de récidive violente.

Certains auteurs ont essayé d'établir des échelles objectives sans en rester à une évaluation subjective basée sur un jugement clinique non structuré, obtenue par le biais d'un entretien libre : c'est le domaine de la psycho criminologie.

4. Évaluation de la dangerosité

Outre Atlantique et plusieurs pays européens ont généralisé l'utilisation d'échelles pour évaluer le risque de réitération de comportements violents. C'est ce qui est mis en évidence par D. Giovannangeli [16]. À ce sujet, la France apparaît comme une exception en Europe, pratiquant encore de manière régulière des expertises pénales de manière non structurée comme les entretiens libres.

Une évolution des pratiques expertales est régulièrement demandée par les politiques [17, 18] ou par le milieu judiciaire [19], ces derniers préconisant les méthodes d'évaluation codifiées de la dangerosité. Pour donner une idée du débat, certains « modernes » veulent fustiger les « archaïques ». En 2009, l'HAS [12] publie ses recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Le 8 juin 2010, l'académie de médecine [20] préconise dans son rapport l'utilisation des échelles actuarielles, validées sur des bases scientifiques. L'académie de médecine insiste sur le fait qu'une politique de prévention de la récidive ne peut, en l'état actuel des connaissances (efficacité limitée des expertises, des psychothérapies et traitements hormonaux) s'appuyer de façon prédominante sur les approches médicales.

a. Les échelles dites « actuarielles »

Les échelles dites « actuarielles » [12], étudient les liens statistiques entre des facteurs cliniques, sociologiques, institutionnels, judiciaires et le risque de réitération de comportement violent. L'échelle Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) étudie le risque de récidive de violences physiques tandis que les échelles Statique-99, Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) et Vermont Assessment of Sex Offender Risk (VASOR) étudient le risque de récidive de violence sexuelle [21, 22].

Ces instruments ont l'inconvénient de ne prendre en compte que les facteurs « statiques » qui par définition ne sont ni modifiables ni variables, comme l'âge, le

sexe ou la structure de personnalité psychopathique. Leur prédictivité est surtout fiable à moyen et long terme. Ils ne permettent pas d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge et l'évaluation du risque reste dans ce cas « figée ». Outre le manque de formation des cliniciens au maniement de ces échelles, c'est peut-être leurs limites statiques qui sont à l'origine de leur sous-emploi sous nos latitudes. L'avantage est que l'évaluateur n'a pas besoin d'être clinicien ! [23].

b. Les entretiens semi-structurés

L'évaluation clinique standardisée vise à uniformiser les évaluations cliniques par le biais d'entretiens semi-structurés. Les échelles HCR-20, SVR-20, START [23] disposent d'une bonne valeur prédictive positive. Il s'agit d'outils pouvant être utilisés lors d'une rencontre unique, adapté au suivi d'un délinquant ou criminel pour lequel une évaluation de la thérapie en cours est souhaitée.

L'avantage indéniable des instruments d'évaluation clinique standardisée est de prendre en compte les données statiques et dynamiques du sujet, permettant ainsi une meilleure prise en compte de l'évolution du risque de violence dans le temps pour le même individu. Ces échelles se veulent plus sensibles à l'évolution des patients si bien que certains auteurs [14] leur accordent une meilleure pertinence clinique et une meilleure fiabilité, car elles laissent à l'examineur sa liberté de jugement.

Ces deux types d'échelles ne permettent donc pas de comprendre la réalisation du geste violent, mais s'attellent à définir le risque de récidive, de manière complémentaire. Des éléments de compréhension de l'acte violent sont souvent plus présents dans des expertises réalisées par des auteurs marqués par les théories psycho dynamiques.

5. L'évaluation clinique intégrée

Nombreux sont les outils qui ont été développés dans le but d'améliorer l'appréciation de la dangerosité et du risque de récidive des auteurs de violences sexuelles. Aucun ne fait permet d'apprécier ce risque avec une certitude exacte [23].

L'appréciation du risque de dangerosité pourra tirer un particulier bénéfice de l'utilisation combinée de l'évaluation clinique standardisée et de l'expérience du clinicien. La mise en évidence des facteurs de risque de récidive, permettra d'adapter la prise en charge future et de juger de son efficacité. L'évaluation finale possible de la dangerosité reste donc dans les mains du clinicien. Elle reste bien différente de la capacité de prédiction que la société voudrait bien pouvoir confier aux psychiatres.

6. Quelle évaluation du risque de récidive ?

Si pour certains auteurs [14, 23] l'évaluation intégrée semble la plus pertinente, l'académie de médecine

continue de mettre en avant les échelles actuarielles, mais ne les comparant qu'à l'évaluation structurée [20].

VI. MODE DE PRISE EN CHARGE : DES TEMPS BIEN DISTINCTS

1. En prison, le temps de la détention [7]

a. Une population particulière

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont une population particulièrement exposée à la stigmatisation. Ayant du mal à s'inscrire dans un groupe, il est fréquent de constater des comportements particuliers (refus d'activités, de douches communes, etc.) qui s'ils sont des conduites d'évitements de situations objectivement à risque, peuvent les conduire rapidement à une désocialisation et à un isolement quasi-total.

Il s'agit d'une population pénale qui refuse peu les soins en milieu fermé. Ceci va dans le sens d'une intervention précoce car plus le patient est jeune, meilleures sont ses chances d'amélioration au décours de la prise en charge. La loi du 10 août 2007 [24], relative à la lutte contre la récidive, incite expressément les délinquants sexuels à débiter un traitement pendant leur incarcération.

Face aux particularités des prises en charge de ces détenus, et aux risques qu'ils encourent dans des établissements classiques, se sont développés des établissements proposant des prises en charge spécialisées, offrant un environnement protecteur et des moyens sanitaires accrus, permettant un suivi médical et psychologique adapté, conformément aux recommandations de la circulaire du 21 février 2012 [25]. À noter que les détenus condamnés à un suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soins doivent exécuter leur peine privative de liberté dans un tel établissement [26].

D'autres critères sont également pris en compte dans l'orientation d'un détenu, comme le maintien des liens familiaux, ce qui conduit, compte tenu du fait de l'insuffisance du nombre d'établissements spécialisés, à ce que la majorité des délinquants sexuels soient encore incarcérés dans des établissements non spécialisés.

b. Le parcours du détenu

L'admission en détention est une période propice à une évaluation multidisciplinaire afin d'individualiser au mieux la prise en charge. Certains entretiens sont obligatoires (visite du chef d'établissement, examen médical, entretien avec un conseiller pénitentiaire), d'autres sont vivement conseillés.

Certains centres pénitentiaires comme à Fresnes (94260) ou à Réau (77550) disposent d'un conseil

national d'évaluation dont la mission est de statuer sur le besoin de prise en charge adaptée et sur la dangerosité du détenu.

c. Un principe : l'incitation aux soins

A l'entrée en détention, l'équipe soignante doit présenter à la personne les modalités existantes de l'offre de soins.

Le Juge de l'Application des Peines (JAP) renouvelle tous les 6 mois une incitation aux soins auprès des personnes condamnées pour une infraction à caractère sexuel qui sera assortie d'un suivi socio judiciaire. Cet appel est relayé par les équipes soignantes et pénitentiaires.

En règle générale, les détenus qui se soumettent à des mesures de soins pourront bénéficier d'aménagements ou de réductions de peine. La perspective d'une libération anticipée rend les soins fortement incitatifs.

L'expertise psychiatrique obligatoire, préalable à tout aménagement de peine et permission de sortie pour l'ensemble de cette population, constitue de manière indirecte une autre incitation aux soins.

d. Les différents soins possibles

Comme à d'autres moments du parcours de soins, par exemple lors de la sortie, une variété de l'offre de soins permet d'individualiser au mieux ces derniers à la complexité de chaque situation.

Une situation pouvant être habituelle est celle de la dénégation partielle ou la minimisation des actes pour lesquels une condamnation a été prononcée. Le travail du soignant sera alors d'accompagner le sujet dans son changement de positionnement dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et du développement d'une empathie pour sa victime [7].

Une difficulté fréquemment ressentie est celle de faire émerger une demande sincère chez le détenu. C'est le préalable à la prise de conscience des actes graves, qui est elle-même nécessaire avant d'entamer une psychothérapie permettant de maîtriser la violence, les pulsions mises en cause et de développer des stratégies d'évitement (entre autres) si un apaisement n'est pas possible. Cette psychothérapie ne peut être efficace que si une relation de confiance s'établit entre le détenu et le thérapeute.

Le travail qu'il soit en individuel ou en groupe ne devra pas se centrer uniquement sur le passage à l'acte, afin de ne pas exposer le détenu à des sentiments de découragement, de colère ou de dépression potentiellement dangereux. Le sens de la peine, mais aussi d'autres sujets connexes comme l'entraînement aux habiletés sociales, l'amélioration de l'estime de soi, l'acceptation de sa propre responsabilité, la reconstruction de la trajectoire biographique, ou d'autres encore qui seront abordés plus bas, sont particulièrement intéressants à aborder avec ce type de détenu.

Les programmes de prévention de la récidive correspondent à une prise en charge groupale animée par des conseillers d'insertion et de probation en milieu fermé. Ils réunissent des condamnés ayant une problématique commune, et visent à recréer un milieu socialisant et à mettre en place des stratégies d'évitement de nouveaux passages à l'acte. Les groupes de pairs, qu'ils soient animés par des personnels socio éducatifs ou soignants, ont un pouvoir de conviction plus fort que les vérités assénées par des professionnels extérieurs à ces problématiques. Toute la difficulté, dans ce micro milieu qu'est la prison, est d'installer un climat de confidentialité permettant une confiance mutuelle.

2. Préparation de la sortie de prison

Dans le cadre de la préparation à la sortie, et lorsque la personne n'est soumise à aucune mesure, elle est néanmoins invitée par le psychiatre à initier des soins, soit durant la période de détention restante, soit après la sortie.

La dangerosité, dont l'évaluation sera abordée plus bas, n'est pas la même en milieu fermé et en milieu ouvert [27]. En effet, la bonne adaptation d'un détenu au cadre du milieu fermé ne doit pas nous bercer d'illusions pour ce qui est de l'absence de dangerosité à la sortie.

Afin d'en tenir compte, aucune libération conditionnelle ne peut être accordée aux personnes condamnées à une peine égale ou supérieure à 10 ans (emprisonnement ou réclusion) pour un crime aggravé sans avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté. La dite commission s'entoure de l'avis de deux experts. Le JAP, par décision spécialement motivée, peut remplacer cette double expertise par une expertise réalisée conjointement par un psychiatre et un psychologue [28].

VII. LES SOINS AMBULATOIRES

Les soins obligés existent depuis longtemps. La Loi de 1954 prévoyait déjà les soins pour les alcooliques dangereux et aux personnes faisant usage de stupéfiants.

1. Les cadres légaux

a. L'obligation de soins (OS) [figure 1]

L'obligation de soins est ordonnée lorsque l'utilisateur refuse l'alternative thérapeutique ou si, l'ayant initialement acceptée, décide de s'y soustraire. Elle est habituellement proposée à l'entrée d'une procédure judiciaire par le Procureur de la République, ou imposée au cours d'une procédure judiciaire par le Juge d'Instruction, le Juge des Enfants dans le cadre d'un contrôle judiciaire (art. L 628-2 Code de la Santé Publique [CSP]) ou par une juridiction de jugement.

Ce n'est donc pas un aménagement de peine mais bien une peine prononcée en tant que telle par la juridiction de jugement.

Elle peut donc intervenir tant avant qu'après la déclaration de culpabilité. Elle n'est pas spécifique de la délinquance sexuelle.

L'OS, prévue par l'article 132-45 du Code Pénal (CP) modifié par Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 - art. 5, est mise en œuvre sans procédure particulière et notamment sans expertise médicale préalable. Elle est définie comme « l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitements et de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Il y a donc une subtilité quant à la notion de consentement, car si en effet la personne doit consentir aux soins, en revanche, le prononcé de l'obligation de soins ne requiert aucun consentement de sa part... et c'est bien ce qui pose souvent problème.

La relation entre les milieux judiciaires et sanitaires se matérialise par un certificat médical dont la teneur est laissée à discrétion du soignant. Le plus souvent, il s'agit d'une attestation de présence aux différents rendez-vous, sans que la nature des soins ou la progression dans ceux-ci soient précisées.

b. L'injonction de soins (IS) [figure 1]

Elle est prévue par la Loi du 17 juin 1998 n° 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, dite loi Guigou [26]. Il s'agit d'une mesure d'assistance dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Une expertise médicale préalable doit conclure à la possibilité des soins, dans le cadre d'un sursis mise à l'épreuve, libération conditionnelle, surveillance judiciaire ou surveillance de sûreté.

Si elle s'ajoute à une peine d'emprisonnement, elle ne prend effet qu'à son issue (elle peut aussi être prononcée à titre de peine principale). Elle concerne des condamnés ayant un sursis mise à l'épreuve, ceux qui bénéficient d'une libération conditionnelle ou d'un placement sous surveillance judiciaire. Cette loi rend possible la notion de « malade-responsable », contraint à la fois de restriction de liberté et aux obligations de se soigner.

En cas de refus des soins proposés, des sanctions sont applicables :

- Si le condamné est privé de liberté : il sera incité à commencer les soins pendant l'exécution de sa peine. En cas de refus, il ne pourra bénéficier de réduction supplémentaire de sa peine, ni d'un aménagement de cette dernière.
- Si le condamné est en milieu ouvert : mise à exécution de la peine prévue dans la condamnation ordonnant le suivi socio-judiciaire, révocation de la mesure d'aménagement de peine, réincarcération après retrait des réductions de peine du condamné placé sous surveillance judiciaire par exemple.

L'articulation entre le milieu sanitaire et judiciaire se déroule entre les acteurs suivants :

- Le Juge de l'Application des Peines (JAP) : désigne un médecin coordonnateur inscrit sur la liste départementale établie par le Procureur de la République. Il lui transmet copie des expertises, du réquisitoire définitif, décision de condamnation et toute autre pièce utile.
- Le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) travaillant pour un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) : qui parmi ses nombreux rôles (favoriser la réinsertion, préparer le retour à la vie libre, réaliser des enquêtes sociales, prévenir les effets désocialisants de la prison, etc.) veille au respect des obligations imposées au condamné ; il possède également un rôle éducatif, mais aussi un rôle dans l'évaluation de la dangerosité.
- Le médecin traitant ou psychologue traitant, ayant au moins 5 ans d'expérience. Il a le libre choix de traitement(s) à proposer.
- Le médecin coordonnateur fait le lien entre les milieux judiciaires et sanitaires, par le biais d'un rapport au moins annuel abordant de la nature des soins et de leurs intérêts, en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du CSP. Le souci principal du médecin coordonnateur 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 ? » [29]. Le médecin coordonnateur, avec l'expert, est donc le seul intervenant de formation médicale, à pouvoir fournir à l'institution judiciaire une évaluation de l'effectivité des soins et de l'évolution de la personne. Sa fonction a été élaborée pour maintenir l'indépendance indispensable du soin, en préservant le secret médical du médecin traitant.

2. Les traitements

L'objectif des différentes prises en charge est la réduction du risque de récidive. La fédération française de psychiatrie le précise dans ses recommandations de 2001 [4] : « les agressions sexuelles sont à replacer dans un contexte plus global, notamment en terme de comorbidités somatiques et psychiques voire psychiatriques, ainsi que dans un contexte social plus général ».

Il convient de garder à l'esprit de ne pas réduire le patient à ses actes ou à ses symptômes, et donc de penser sa prise en charge de manière holistique.

	Obligation de soins (OS)	Injonction de soins (IS)
Loi(s) applicable(s)	Code de Procédure Pénale (CPP) de 1954 Code Pénal (CP) de 1994	Loi du 17.06.1998 relative à la prévention des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs Loi du 12.12.2005 relative au traitement de la récidive des infractions Loi du 10.08.2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs
Nature des obligations	« se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitements ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » Cette mesure est toujours intégrée dans une mesure ou une peine principale	« la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée » Le suivi socio judiciaire peut être prononcé comme peine principale
Procédure	Le Juge (de jugement ou JAP) peut la prononcer sans avis médical préalable. Consultation du médecin traitant par le justiciable Justification par le justiciable de sa consultation auprès du JAP et du SPIP	Le Juge (de jugement ou JAP) la prononce après expertise sur l'opportunité d'un traitement puis rappelle au condamné ses obligations. Le JAP désigne un médecin coordonnateur pour faire l'interface soins-justice et rappelle les obligations au condamné
Consentement	Requis : art. L 1111-4 du Code de la Santé Publique (CSP). Possibilité pour le Juge de révoquer le sursis mise à l'épreuve et prononcer ainsi l'emprisonnement.	Requis mais limité : possibilité pour le Juge de prononcer une peine d'emprisonnement si refus de se soumettre aux soins : art.131-36-4 du CP
Cadre juridique et public concerné	Personnes mises en examen : - Présentiel : contrôle judiciaire (art. 138-10 du CPP) - Ajournement avec mise à l'épreuve (art. 132-64 du CP) Personnes condamnées : - Aménagement de peine : sursis avec mise à l'épreuve (art. 132-45-3 du CP), sursis avec TIG (art. 132-56 du CP) - Post sententiel : surveillance judiciaire (art. 723-30 du CP) - Non spécifique aux auteurs d'agressions sexuelles	Uniquement pour les personnes condamnées : Peine principale (pas d'incarcération préalable ou complémentaire (suppose une éventuelle incarcération préalable) : suivi socio judiciaire (art. 131-36-4 du CP) depuis 1998 Aménagement de peine : sursis avec mise à l'épreuve (art. 132-45-1 du CP) depuis 2005 Post sententiel : libération conditionnelle (art. 731-1 du CPP), surveillance de sûreté (art. 706-53-19 du CPP) depuis 2005 Uniquement pour des infractions pour lesquelles le suivi socio judiciaire est encouru : infractions sexuelles (1998) et violences (2005)
Acteurs	Prononciation facultative par le Juge (instruction, de jugement, de l'Application des Peines) Libre choix par le justiciable du médecin traitant Contrôle exercé par le JAP et le SPIP	Prononciation facultative par le Juge Depuis mars 2008, le Juge est tenu de prononcer l'IS pour des infractions pour lesquelles le suivi socio judiciaire est encouru et dès lors qu'un expert s'est prononcé sur l'opportunité d'un traitement (art. 763-3 du CPP) Médecin coordonnateur : invite le condamné à choisir un médecin traitant, conseille le médecin traitant si celui-ci en fait la demande, transmet au JAP/SPIP les éléments nécessaires au contrôle de l'IS, informe le condamné des suites possibles du traitement, coopère à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif, ainsi qu'à des actions de formations et d'étude. Médecin traitant et/ou psychologue traitant : choisis librement par le justiciable sous réserve de validation par le médecin coordonnateur.
Moment et durée de la mesure	Avant détention, pendant le contrôle judiciaire Après détention, pendant la durée de mise à l'épreuve, mais peut être préparée en détention par incitation aux soins lorsque le lieu de détention permet d'assurer un suivi médical et psychologique adapté (art. 717-1 et 763-7 du CPP) Entre un et trois ans. Cinq ans si récidive légale. Sept ans si à nouveau récidive (art. 132-42 du CP)	Jamais avant condamnation Après détention mais peut être préparée en détention par incitation aux soins lorsque le lieu de détention permet d'assurer un suivi médical et psychologique adapté (art. 717-1 et 763-7 du CPP) Maximum vingt ans

Figure 1 : Tableau comparatif entre obligation et injonction de soins [16]

S'il fallait le préciser, le traitement des comorbidités psychiatriques (addictions, dépression, trouble psychotique, etc.) améliore les effets des traitements spécifiques destinés à modifier les comportements sexuels [20]. Il s'agit là d'une priorité.

Les différents traitements spécifiques sont psychothérapiques et/ou médicamenteux. Certains auteurs [30] s'appuyant sur leur expertise mais aussi sur des études anciennes [31, 32] pensent que les auteurs d'infractions à caractère sexuel ne bénéficient pas des traitements optimums scientifiquement validés et notamment l'association psychothérapies cognitivo comportementales - castration chimique. Malheureusement, une récidive est toujours possible même sous traitement bien conduit.

Il n'est pas montré de différences de résultats lors de la comparaison de deux groupes recevant pour l'un une psychothérapie non spécifique et pour l'autre aucune psychothérapie [33]. Les études citées en référence ont mis ce fait en évidence depuis une vingtaine d'années.

a. Les traitements psychothérapiques

Pour Marshall et al 2006 [34], cité par l'académie de médecine, les objectifs de la psychothérapie peuvent être selon le cas, l'amélioration de l'estime de soi, l'acceptation de sa propre responsabilité, la reconstruction de la trajectoire biographique, la définition des modalités d'accomplissement des actes d'agression, l'apprentissage de la reconnaissance de ses émotions et de celles d'autrui, l'acquisition des capacités sociales déficientes, le développement de la stratégie de gestion des émotions, l'évaluation des contenus sexuels. Il pourrait être rajouté la capacité de reconnaître l'autre comme sujet et non comme objet de déni ou support de projections agressives.

Que ce soit lors des expertises pré ou post sententielles, ou lors de la prise en charge psychothérapique, il est souvent plus qu'intéressant de comparer le discours du patient au contenu du dossier pénal (récit des faits, enquêtes sociales, expertises, jugement). Ce dernier peut le moment venu devenir un vrai levier thérapeutique, quand les souvenirs sont partiels, quand l'émotion a submergé les capacités d'assimilation du sujet, ou quand une demande de soins émerge de manière ambivalente accompagnée d'une minimisation des faits.

Le premier des objectifs cependant, reste celui de faire émerger une demande, étape complexe au début des soins quand ces derniers sont vécus de manière uniquement contraignante, et qu'aucune demande apparente ou explicite n'est formulée.

i. Les thérapies cognitivo comportementales

Les psychothérapies individuelles sont indiquées lorsque le sujet est motivé, et que les capacités de symbolisation ou d'insight sont correctes [12].

Les thérapies cognitivo comportementales (TCC) ont montré une efficacité en réduisant de manière significative la récidive sexuelle [35]. L'impact est modéré mais jugé tout de même positif par d'autres auteurs [36]. La première étape est de motiver le sujet en lui soulignant les avantages d'un traitement.

Les sujets qui réfutent la réalité de l'agression sexuelle commise et ceux qui ne reconnaissent pas la souffrance de la victime ne peuvent malheureusement pas bénéficier de ce genre de psychothérapie.

ii. Les thérapies d'inspiration psychanalytique

A l'heure actuelle, peu de données sont disponibles quant aux résultats des psychothérapies analytiques ou psycho dynamiques dans le sens large du terme [37].

L'outil de pensée psychanalytique accorde une place importante aux étapes précoces du développement et à ses perturbations (traumatismes, maltraitance, séparations et ruptures) qui s'expriment à l'âge adulte par des troubles de l'attachement et de la construction de l'identité.

Il est admis que ces techniques visent à identifier les contenus inconscients à l'origine des passages à l'acte et à faire un travail de mise en liaison de ceux-ci. Laplanche et Pontalis [38] précisent que : « sous le nom de psychothérapie analytique on entend une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse ». Depuis la parution de ces lignes, la psychanalyse s'est diversifiée et de nombreuses méthodes ont été mises au point. Elles portent parfois sur des aspects particuliers du psychisme mais elles s'articulent toujours autour des notions d'inconscient, de fonctionnement psychique, de pulsion et de transfert. Le travail est basé sur la relation transférentielle et la mise en représentation de ce qui y est actualisé. Les fantasmes, la souffrance du sujet, l'idée de la perception des faits par les victimes peuvent y être abordés.

iii. Les psychothérapies de groupe

Ces psychothérapies facilitent l'expression par l'échange au sein d'un groupe, apportent un étayage qui concourt à l'amélioration des capacités d'introspection et de verbalisation [12]. Les groupes fermés semblent plus appropriés aux personnes ayant accepté leur implication personnelle dans les faits pour lesquels ils sont poursuivis. Les règles habituelles de fonctionnement, en particulier l'existence d'entretien préliminaire et la confidentialité sont applicables [4].

Les groupes d'inspiration psycho dynamique partent du principe que la mise en groupe mobilise psychiquement. Un conflit apparaît de fait: vouloir appartenir au groupe et vouloir y exister différencié. Seront

réactivés des conflits en lien avec les histoires familiales. Le groupe sera thérapeutique dans la mesure où les thérapeutes feront en sortes que chacun puisse faire cette expérience d'à la fois appartenir au groupe et y être reconnu différencié.

L'espace sécurisé ainsi créé permettra de « reprendre » là où des accrocs dans la construction de l'identité étaient advenus. Pouvoir reconnaître et nommer leurs émotions, les mettre en lien avec celles des autres, les articuler avec d'autres moments de leur histoire, pouvoir écouter, rencontrer l'autre, évoquer les éléments difficiles du présents et du passé y compris les faits reprochés et la condamnation sont autant d'éléments que les participants à ces groupes seront amenés à expérimenter.

La prise en charge en TCC de groupe, si elle existe, se déroule sous forme de programmes divisés en modules avec des objectifs prédéfinis (affirmation de soi, gestion du stress et des émotions, éducation sexuelle et affective, contrôle de la consommation de produits psycho actifs, etc.). Dans le cadre de la prévention de la récidive, pourront être abordés la gestion des fantasmes et la conduite à tenir devant les situations à risque préalablement repérées.

Il n'y a pas actuellement de données disponibles sur les efficacités comparées de la prise en charge individuelle versus en groupe [20].

b. Les traitements médicamenteux spécifiques : les traitements hormonaux

Ils visent à diminuer la libido, par le biais d'une réduction majeure et réversible de la testostéronémie des personnes concernées, mais ne modifient en rien leurs troubles de l'attirance sexuelle (paraphilies).

Ils réduisent le risque de récidive sexuelle, d'autant plus s'ils sont associés à une psychothérapie cognitive comportementale, mais ne l'annulent pas. Ils réduisent les comportements sexuels inadaptés, ainsi que l'activité sexuelle de manière globale.

Certains auteurs [30] déplorent le fait qu'ils restent une exception, de manière regrettable, dans les prises en charge actuelles. Ce sont sûrement le terme de « castration », et la méconnaissance de leur caractère réversible qui seraient à l'origine de leur sous-emploi. Le consentement du sujet doit être reçu après une information sur les indications et effets secondaires du traitement. En cas de refus de traitement anti hormonal réellement indiqué et dans le cadre d'une injonction de soins, le retour en détention peut être ordonné par le JAP dans le cadre d'un manquement au suivi socio judiciaire.

La testostérone ayant des effets pleiotropiques, cognitifs, musculaires, osseux, cardiovasculaires, la diminution de sa concentration ou de ses effets entraîne des conséquences qui peuvent être graves. Cela peut justifier selon les cas, un traitement préventif ou curatif de l'ostéoporose, une surveillance cardiovasculaire, etc. [20].

Deux produits ont à ce jour l'autorisation de mise sur le marché.

Les examens complémentaires à pratiquer lors de la prescription initiale, quel que soit le produit sont : le bilan hormonal (dosage de testostérone, TEBG, LH) et l'ostéodensitométrie chez les sujets âgés de plus de 50 ans.

La surveillance commune aux deux produits est la suivante : évaluation annuelle ou au moins biennale de l'ostéodensitométrie, avis rhumatologique si besoin (valeurs anormales), surveillance de la testostéronémie théoriquement non nécessaire sauf si doute sur prise de testostérone. La durée totale du traitement ne fait actuellement pas consensus, mais un minimum de 3 à 5 ans semble requis [12].

Des examens complémentaires initiaux et une surveillance peuvent être particuliers à chaque produit (figure 2).

La durée d'action pour obtenir une disparition complète des fantasmes et du comportement inapproprié est d'environ 1 à 3 mois, quel que soit le type de traitement hormonal utilisé.

i. La cyprotérone – Androcur 100 mg® (figure 2)

Il s'agit d'un traitement initialement préconisé dans le traitement de l'hirsutisme féminin et les soins palliatifs antiandrogéniques des malades de cancer de la prostate. Dans les données pharmacodynamiques de la Référence Caractéristiques Produits (RCP), on retiendra que l'acétate de cyprotérone a un effet inhibiteur central : il inhibe la liaison de la testostérone à son site récepteur. Cet effet anti gonadotrope entraîne une réduction de la synthèse de la testostérone par les testicules et donc de la testostéronémie.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) date du 21.07.2005 et mentionne l'indication suivante : « Réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies, en association à une prise en charge psychothérapeutique ». L'HAS dans son rapport de commission de transparence de décembre 2012 [39], mentionne ce produit comme « un traitement de première intention, en association avec une psychothérapie. Le rapport efficacité/effets indésirables est difficile à déterminer compte tenu des données disponibles ». Et de poursuivre : « en l'état actuel des connaissances, le service médical rendu par ces spécialités est important ». Le rapport précise qu'il existe des alternatives thérapeutiques, à savoir les autres spécialités à base d'acétate de cyprotérone, et la triptoréline (Cf. +bas).

Instauré habituellement à une dose de 100 mg, la posologie peut être exceptionnellement augmentée à 300 mg. C'est un médicament pris sous forme orale, de manière journalière.

Les contre-indications sont les suivantes : affections hépatiques graves, diabète sévère de type 1 ou 2, existence d'antécédents de maladies thrombo emboliques (car augmentation du risque thrombo embolique), dépression chronique sévère, anémies à hématies falciformes.

formes, antécédents d'ictère ou de prurit persistant pendant la grossesse, antécédents d'herpès gestationis, existence ou antécédents de méningiomes, adolescent en cours de croissance, hypersensibilité. En cas de déficience intellectuelle, l'entourage doit s'assurer de l'observance médicamenteuse.

Un bilan biologique doit être pratiqué en début de traitement et au cours du traitement si survient une symptomatologie évoquant une possible hépato toxicité. Pendant le traitement, les fonctions hépatiques, cortico surrénales et la numération de formule sanguine doivent être contrôlées régulièrement.

Rarement des pathologies tumorales bénignes du foie ont pu être observées, exceptionnellement malignes. Le traitement devra alors être arrêté.

Perte osseuse et risque d'éventuelle ostéoporose en cas d'utilisation prolongée.

En pratique clinique :

- L'indication doit être posée par une équipe pluri disciplinaire (psychiatre, psychothérapeute, endocrinologue)
- L'efficacité du produit peut être diminuée par la consommation d'alcool
- Le dosage de la testostéronémie (idéalement proche de 0) permet de vérifier l'observance.
- Surveillance mensuelle pendant les trois premiers mois puis trimestrielle des fonctions hépatiques
- Les effets secondaires les plus fréquents sont réversibles : gynécomastie (20%), hépatotoxicité, complications thrombo emboliques et dépression.

ii. La triptoréline – Salvacyl 11.25 mg LP® (figure 2)

Le traitement par Salvacyl LP® est indiqué pour la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères. Ce traitement par agonistes de la GnRH (ou « LH-RH ») doit être instauré et contrôlé par un psychiatre. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel déviant.

L'autorisation de mise sur le marché date du 23.08.2007.

Ce produit est à injecter toutes les 12 semaines (trois mois). Il s'agit de la première spécialité à libération prolongée dans cette indication. Les conséquences biologiques et hormonales de leur administration est équivalente à celles de la castration chirurgicale.

Ce médicament agit en réduisant fortement la sécrétion de testostérone.

L'effet agoniste initial doit être pris en compte, et conduit à une augmentation transitoire de la testostéronémie. Il est donc recommandé un traitement initial par Androcur® pendant au moins 10 jours avant de réaliser la première injection de Salvacyl®, et ce pendant le premier mois de traitement injectable. L'indication éventuelle d'une hospitalisation pour mise en place du traitement peut alors être posée.

A l'arrêt du traitement, il existe un risque d'augmentation de la sensibilité à la testostérone qui peut conduire à une augmentation des pulsions sexuelles. Un traitement par Androcur® peut alors s'avérer nécessaire.

Les études publiées [40] mesuraient par un questionnaire sur les trois principaux troubles dont se plaignait le patient, l'intensité du désir, la nature, la fréquence et l'intensité des fantasmes sexuels, et la testostéronémie [41, 42]. Les résultats étaient probants sur les symptômes mesurés et permettaient de conclure à une efficacité de la triptoréline sur les pulsions sexuelles.

L'utilisation de la triptoréline au long cours expose à une augmentation de la perte osseuse avec risque d'ostéoporose, d'où une surveillance nécessaire à ce sujet. L'avis de l'HAS pour la triptoréline recoupe celui pour la ciproterone et dans son avis de commission de transparence du 18 février 2009 [43], mentionne ce produit comme « un traitement de première intention, en association avec une psychothérapie ».

Le rapport efficacité/effets indésirables est difficile à déterminer compte tenu des données disponibles ». Et de poursuivre : « en l'état actuel des connaissances, le service médical rendu par ces spécialités est important ».

Plus que la surveillance de l'efficacité c'est la compliance au traitement qui peut être évaluée par la testostéronémie. La commission de transparence [43, 44] insiste sur le fait :

- que la vérification de l'observance est facilitée par la forme à libération prolongée
- que le traitement par triptoréline est particulièrement adapté pour les patients ayant un risque de nouveau passage à l'acte élevé
- lorsque le niveau intellectuel du patient compromet la psychothérapie
- lorsque les autres traitements sont inefficaces.
- qu'il faille surveiller l'apparition d'éventuels symptômes dépressifs et/ou bouffées de chaleur.

La forme commercialisée de la triptoréline sous le nom de Decapeptyl LP 11.25 mg® est prescrite hors AMM.

Un autre agoniste de la GnRH existe : La leuproréline – Enantone 11.25 LP®. Elle est également prescrite hors AMM.

Les prescriptions hors AMM obéissent à l'habitude du prescripteur, mais aussi aux contingences de livrets des médicaments disponibles dans certains établissements de soins ou lieux de vie.

c. Les psychotropes « conventionnels »

Les psychotropes antipsychotiques, thymorégulateurs, antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) n'ont pas l'AMM dans l'indication : « diminution des pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères », en dehors des cas où ces pulsions sexuelles

	Ciprotérone - Androcur®	Triptoréline - Salvacyl®
Principes généraux	En complément de la psychothérapie, si possible cognitivo comportementale (seule validée en l'espèce). En vue d'une baisse globale de la libido. Après consentement éclairé	
Mode d'action	Effet inhibiteur central	Agonistes de la GnRH
Contre-indications	Affections hépatiques graves, diabète sévère, antécédents de maladies thrombo-emboliques, dépression chronique sévère, anémie à hématies falciformes, existence ou antécédents de méningiomes, adolescent en cours de croissance, hypersensibilité	Formelle : Ostéoporose grave Hypersensibilité Relative : anticoagulation efficace (risque d'hématome)
Bilan commun aux deux produits avant prescription	Dosage de testostérone, TEBG, LH et ostéodensitométrie si âge > 50 ans	
Bilan spécifique avant prescription	Bilan hépatique	
Prescriptions	Entre 100 et 300 mg, per os	11.25 mg intra musculaire profond, tous les trois mois Traitement initial par Androcur® pendant 10 jours puis idem pendant un mois après la première injection
Remarques importantes	surveillance des prises si déficience intellectuelle	Particulièrement bien indiqué en cas de risque de nouveau passage à l'acte élevé
Durée d'action après la première prescription	Entre 1 et 3 mois	
Surveillance commune aux deux produits	Ostéodensitométrie tous les ans ou tous les deux ans. Avis rhumatologique en cas de valeurs anormales.	
Surveillance spécifique à chaque produit	Surveillance mensuelle pendant les trois premiers mois puis trimestrielle des fonctions hépatiques Si symptomatologie évoquant une hépatotoxicité : bilan biologique adapté	Testostéronémie en cas de doute sur la compliance au traitement Surveillance cardio vasculaire (↑mortalité) Si arrêt du traitement, relais temporaire par Androcur®, car risque d'augmentation des pulsions sexuelles
Effets indésirables fréquents	Pathologies tumorales hépatiques, apparition de méningiomes, gynécomastie, complications thromboemboliques, hépatotoxicité dose dépendante, dépression	Dépression, bouffées de chaleur, nausées, asthénie, dorsalgies, paresthésies des membres inférieurs, céphalées, sensations vertigineuses, troubles des fonctions érectiles, hyperhidrose
Durée de traitement	Au moins entre 3 et 5 ans minimum, mais pas encore de consensus à ce sujet.	

Figure 2 : Tableau comparant les prescriptions des différents traitements hormonaux

sont associées à une pathologie psychiatrique avérée [43, 44].

S'il était utile de le préciser, il va de soi que les individus présentant une pathologie psychiatrique avec symptômes positifs comme la schizophrénie doivent

pouvoir bénéficier d'un traitement anti psychotique associé à une psychothérapie adaptée. Un neuroleptique à action prolongée peut être privilégié en cas de doute sur l'observance en ayant à l'esprit que la clozapine (qui n'existe que sous la forme orale et qui pré-

sente un risque d'agranulocytose) est la plus efficace dans la diminution de la violence et de l'agressivité chez le patient schizophrène [45].

Une mention spéciale est à apporter aux antidépresseurs IRS qui sont souvent prescrits dans le cadre de paraphilies à faible risque de nouveau passage à l'acte et à forte tonalité compulsive avec lutte anxieuse, ou bien sûr en cas de dépression associée. Les doses prescrites sont alors progressivement augmentées, si besoin jusqu'à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs (fortes doses) [46].

Les traitements chirurgicaux (orchidectomie, destruction de certaines zones de l'hypothalamus) ne sont pas utilisés en France du fait de leurs conséquences irréversibles.

d. Traitements et populations spécifiques

Pour les adolescents agresseurs, une synergie toute particulière entre les prises en charge thérapeutique personnelle et familiale, et la prise en charge socio-éducative (et notamment avec la protection judiciaire de la jeunesse) doit être visée, d'autant que la chimiothérapie hormonale est difficilement envisageable avant la fin de la puberté.

Pour ce qui est des sujets déficients intellectuellement, surtout dans le cadre d'une vie institutionnelle, une grande prudence est de mise dans la caractérisation des faits, et notamment dans la qualité du consentement. La régulation institutionnelle de la qualité de l'intimité et l'expression de la sexualité semblent plus appropriée que l'approche thérapeutique individuelle [4].

La prise en charge des malades psychiatriques auteurs d'agression a été vue plus haut. Les deux prises en charges spécifiques, psychiatrique et au regard de l'infraction à caractère sexuel, doivent être conjointes pour que chacune augmente l'efficacité de l'autre.

e. Algorithme décisionnel [47]

La nature des traitements et posologies varie en fonction des objectifs et indications pour chaque patient. (Figure 3)

f. Traitements – conclusions

Compte tenu du fait qu'il n'y a pas de certitude quant à l'efficacité des traitements psychothérapeutiques ou médicamenteux, compte tenu du risque de répercussions sociales, la question de que faire d'un patient avec un risque de récidive important détecté malgré un traitement bien conduit en milieu ouvert, ou d'un patient en fin de peine de prison avec un risque élevé reste brûlante.

La Loi du 25 février 2008 [48] sur la rétention de sûreté ne répond que partiellement à ces questions, permettant aux criminels condamnés à une peine de 15 ans minimum d'être retenu malgré l'exécution de

la totalité de leur peine. Certains auteurs de crimes, en raison d'une probabilité élevée de récidive, peuvent demeurer soumis à l'issue de leur peine à des restrictions ou interdictions.

Ceci exclu de facto bon nombre de patients n'ayant pas commis de crime « assez grave » pour relever de cette mesure.

Nous sommes donc devant le sujet délicat de l'enfermement comme seul moyen de garantir la sécurité pour certains patients particulièrement dangereux.

Dans le cadre des condamnés pouvant être soumis à la rétention de sûreté, deux ans avant la fin de la peine, le Juge de l'Application des Peines convoque ces détenus afin d'établir avec eux un bilan de leur suivi médical. Si ce raisonnement est suivi jusqu'au bout, et si le délinquant sexuel refuse d'accepter les soins au cours de sa détention, la pression du risque de récidive est telle qu'il pourra être privé de liberté indéfiniment. Le temps passant et la crainte augmentant, quels praticiens oseront prendre la responsabilité de faire relâcher ces patients ?

Les recommandations de l'Académie de Médecine [20] sont donc de bons sens, puisqu'elles allient des exhortations :

- à améliorer les expertises de dangerosité, en enseignant et diffusant les méthodes actuarielles, tout en précisant le caractère imparfait de leurs prévisions,
- à définir une politique qui ne soit pas uniquement basée sur les moyens médicaux, étant donné leurs efficacités partielles, et leurs effets secondaires notables,
- à mettre en place des actions incitatives de recherche, jugée sous dotée et mal structurée en France.

Prédire la dangerosité n'est pas encore une science exacte, les données sur l'efficacité des traitements, notamment chez les sujets non volontaires, sont encore largement incomplètes. Il n'y a pas encore de consensus sur la durée des traitements qu'ils soient psychothérapeutiques ou médicamenteux, alors qu'il est généralement admis que la dangerosité des individus sus cités s'étend sur plusieurs dizaines d'années.

3. Articulations soins-justice

Nombre d'équipes s'occupant des soins pénalement obligés trouvent une difficulté quand il s'agit d'articuler de manière satisfaisante leurs actions avec celles du milieu judiciaire. Comment rester soignant quand les soins sont ordonnés comme « punition » suite à des actes répréhensibles ?

Le rapport Warsmann [49] précise qu'il est « nécessaire de donner un cadre clair aux échanges que peuvent avoir les différents acteurs du suivi ». Plusieurs pratiques exis-

Niveaux	Objectifs et indications	Traitements et posologies
1	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés. Pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel.	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé
2	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés. Pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel. Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex : exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie)	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (Hors AMM) sous réserve d'utiliser des doses comparables à celles prescrites dans le trouble obsessionnel compulsif (fluoxétine, 40 à 60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j)
3	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une réduction modérée de l'activité et du désir sexuels. Absence de résultats avec le niveau 2, en prescription de 4-6 semaines d'IRS à doses élevées Paraphilies avec caresses mais sans pénétration Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Ajouter à l'IRS une faible dose d'anti androgène (ex : acétate de ciproterone 50 – 100 mg/j per os)
4	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une réduction importante de l'activité et du désir sexuels. Absence de résultats avec le niveau 3 Risque modéré ou dans certains cas plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes) Bonne observance du traitement sinon passer au niveau 5	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Dose standard d'acétate de ciproterone : 200 – 300 mg/j per os Si présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'antiandrogène
5	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une disparition quasi complète de l'activité et du désir sexuels. Risque élevé de violences sexuelles et cas de paraphilies sévères Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire Salvacyl® 11.25 mg tous les 3 mois par intra musculaire)
6	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels. Pas de résultat satisfaisant obtenu avec le niveau 5 Les cas les plus sévères de paraphilies	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Prescrire l'acétate de ciproterone (50 – 200 mg per os) en association avec un analogue de la GnRH Un IRS peut également être associé

Figure 3 : Algorithme décisionnel

tent selon les situations et les enjeux locaux, qui permettent l'établissement d'un dialogue et d'une véritable articulation entre les différents acteurs.

Si cette articulation selon les territoires est absente ou non formellement matérialisée (contrats, convention), elle peut réunir ailleurs, et sous différentes

formes, tous ou en partie, les CPIP, directeurs de SPIP, JAP, psychiatres, psychologues, équipes soignantes et médecins coordonnateurs.

Un dispositif intéressant, sans qu'il soit pour le moment généralisé à l'échelle nationale, semble être celui proposé par les unités TAAGS (Traitements des

Auteurs d'AGression Sexuelle). En milieu ouvert, après reconnaissance de culpabilité, les réunions triangulaires réunissent de manière périodique le patient-probationnaire, un de ses soignants et son CPIP.

Les références théoriques présentées ci-dessous sont d'inspiration psychanalytique. Non validées scientifiquement, elles présentent des intérêts dont celui de nourrir la réflexion des soignants concernés par ces prises en charge difficiles.

Cette articulation des prises en charge est une nécessité clinique et socio-éducative ; certaines équipes ont réussi à transformer la réunion triangulaire en un véritable outil thérapeutique de contenance psychique adaptée au fonctionnement de chacun, adaptée aux personnalités gravement perturbées de ces patients pour qui la construction de l'objet interne a été défectueuse, entraînant une subjectivation défailante et des rapports aux autres pathologiques. André Ciavaldini [50] évoque même le concept d'intercontenance en référence aux travaux de R. Kaes [51]. Ce concept met en évidence que l'action de chacun n'est efficace que parce que celle des autres l'est également, que la pluralité des intervenants plus que bénéfique est une nécessité absolue et que nul n'a la capacité, seul, de mener correctement ce type de prise en charge.

L'existence même de ces rencontres permet dans un premier temps de matérialiser la place de chacun et le cadre sur lequel chacun pourra s'appuyer tout au long des soins obligés. Il s'agit donc d'un dispositif multi institutionnel témoignant et symbolisant les différentes dimensions de la prise en charge des patients-probationnaires. Le soignant veillera à ne pas être instrumentalisé par la Justice et à ne pas en devenir qu'un auxiliaire. Le CPIP en étant d'une certaine manière témoin et accompagnateur du soin, aura une meilleure compréhension de la personne qui lui est confiée, des représentations voire des souffrances de cette dernière, permettant ainsi d'adapter sa prise en charge voire d'en mieux comprendre le rythme.

Les réunions triangulaires permettent secondairement de sortir de la dualité habituelle des consultations en psychiatrie ou des rendez-vous de suivi au SPIP et de l'angoisse inhérente à ce type de rencontre. Cet espace bienveillant permet à chacun de se confronter à un autre en présence d'un tiers, ce qui apporte un sentiment de sécurité qui n'existe pas dans les rencontres habituelles. Finalement, ces réunions permettent une interrogation des soins obligés, en présence de tous les acteurs de « premier rang ».

Le sentiment de sécurité obtenu grâce à la continuité et à la régularité des rencontres permet de modifier les postures, les « défenses », d'aider à l'expression des émotions et des difficultés sans risquer l'effondrement, malgré les tentatives de fuites ou d'évitement du soin par le probationnaire ou les éventuels rappels à l'ordre du JAP.

VII. CONCLUSION

Si en matière de délinquance sexuelle, le concept de « délinquant-malade » fait désormais consensus, force est de constater un glissement vers la notion du « malade dangereux » dont il faudrait préserver la société avec une obligation de résultats.

L'intensité de la relation soignant-malade ou personnel de Justice – condamné/probationnaire, dans le cadre de la prise en charge des délinquants sexuels impose de ne pas travailler seul, permettant à chacun une prise de recul sur sa propre histoire personnelle, ses propres tabous.

La prise en charge de la délinquance sexuelle doit donc être adaptée à chaque cas. Les prises en charge structurées en psychothérapie, individuelles ou en groupe, et médicamenteuses par des traitements psychotropes ou par castration chimique, si elles sont intéressantes surtout quand elles sont combinées, n'ont une efficacité encore que partielle pour ce qui est du risque de récidive.

L'articulation avec le monde judiciaire est indispensable pour que la mentalisation des faits débouche sur une sincère culpabilité et une volontaire envie de réparation et de soins.

Une sensibilisation ou mieux, des modules intégrés dans le cursus général de la formation initiale et continue de tous les intervenants en la matière, qu'ils soient issus du monde judiciaire, soignant ou socio-éducatif ne peut être que souhaitée. Les Centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), de distribution régionale, sont un support indispensable pour la diffusion des informations validées ou en passe de l'être, et pour l'harmonisation des pratiques au cas par cas. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 6, p. 164 – 201.
- [2] *CIM-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson, 2000. 305 p.
- [3] American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. franç., 4^e éd. rév., Masson, Paris, 2003.
- [4] Fédération française de psychiatrie : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001.
- [5] CIAVALDINI A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Masson, Paris, 2001.
- [6] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, synthèse du rapport 2012, novembre 2012, 60 p.

- [7] BRIGANT F. *La prise en charge des délinquants sexuels en milieu fermé, archives de politique criminelle*. Ed. A. Pédone, 2012 (34) : 135-153.
- [8] HANSON, R. KARL BUSSIÈRE, MONIQUE T. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998 (66), 348-362.
- [9] BARATTA A, Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. *L'information psychiatrique*, (87) : 657-662.
- [10] BARATTA A, MORALI A, HALLEGUEN O, La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. *Annales médico-psychologiques* 2012 (170) : 96-98.
- [11] BARATTA A, MILOSESCU GA, Apport des mesures objectives dans l'évaluation du risque de violence sexuelle, *Annales médico-psychologiques*, 2013 (171) : 449-451.
- [12] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans – recommandation de bonne pratique – juillet 2009.
- [13] BENEZECH M. Introduction à l'étude de la dangerosité. In De Beaurepaire C ; Benezech M et Kotteler C. *Les dangers*, Paris, John Libbey, 2004, p. 15.
- [14] VOYER M, SENON JL, PAILLARD C, JAAFARI N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique* 2009 : 85 ; 745-52.
- [15] FAZEL S, GRANN M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 : 1397-403.
- [16] GIOVANNANGELI D, CORNET, JP, MORMONT C. Étude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels. Université de Liège : Faculté de psychologie et de sciences de l'éducation Université de Liège, Recherche n°99/028 STOP IV, Sept. 2000.
- [17] CLÉMENT P. Assemblée nationale, Rapport d'information n°1718, Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur le traitement de la récidive des infractions pénales, 7 juillet 2004.
- [18] GARRAUD JP. Réponses à la dangerosité : rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à monsieur Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Mis en ligne le 19 octobre 2006.
- [19] LAMANDA V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République par Vincent Lamanda, Premier président de la Cour de cassation 30 mai 2008.
- [20] Académie Nationale de Médecine, bulletin 194, no 6, 1033-1044, séance du 22 juin 2010.
- [21] PHAM T, DUCRO C, MARGHEM B, RÉVEILLÈRE C. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol* 2005 (163) : 842-5.
- [22] DUCRO C, PHAM T, Évaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sex Abuse* 2006 (18) : 15-26.
- [23] VOYER M, SENON JL, Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence, la psychiatrie à l'épreuve des demandes sociales (1^{re} partie), *L'information psychiatrique*, 2012 (6) : 445-453.
- [24] Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.
- [25] Circulaire NOR JUSK1246C du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.
- [26] 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, parue au JO n° 139 du 18 juin 1998 (rectificatif paru au JO n° 151 du 02 juillet 1998).
- [27] BURGELIN F. Ministère de la Justice, Ministère de la santé et des solidarités, Rapport de la Commission santé-justice : santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive, juillet 2005.
- [28] Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, parue au JO n° 0075 du 28 mars 2012.
- [29] DANG-VU P.-M, DANG-VU V, COTTIN C et al. Le médecin coordonnateur dans l'injonction de soins... réflexions et partage d'expériences, *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2013 (55) : 436-440.
- [30] BARATTA A. Evaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels, *études et analyses*, 2011 (12) : 1-32.
- [31] MARSHALL WL, JONES R, WARD T, JOHNSTON P, BARBAREE HE, Treatment outcome with sex offenders, *Clinical Psychology Review*, 1991 (11) : 465-485.
- [32] FURBY L, WEINROTT MR, BLACKSHAW L, Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 1989 (105) : 3-30.
- [33] Florida Department of Health and rehabilitative services. Status of sex offender treatment programs, fiscal year 1983-84. Annual report to the Florida Legislature, Alcohol, Drug Abuse and mental Health Program Office, Tampa, 1984.
- [34] MARSHALL WL, MARSHALL LE, SERRAN GA, FERNANDEZ YM. *Treating sexual offenders*. Tand F Informa, ed N. York, 2006, 1-253.
- [35] HANSON KR, GORDON A, HARRIS AJ et al. First report of the collaborative outcome data project of the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex abuse* 2002 (14) : 195-197.
- [36] SCHMUCKER M, LOSEL F. Does sexual offender treatment work ? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008 (20) : 10-19.

- [37] GABBARD GO, *Psychothérapie psychodynamique : Les concepts fondamentaux*, Elsevier Masson, 2010, 1-209.
- [38] LAPLANCHE J ET PONTALIS JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 1967. Réédité PUF 2007.
- [39] Haute Autorité de Santé, Androcur 100 mg, comprimé sécable, commission de transparence, avis du 19 décembre 2012.
- [40] ROSLER A, WITZUME E. Treatment of Men with Paraphilia with a Long-Acting Analogue of Gonadotropin-Releasing Hormone, *NEJM* 1998, 338 : 416-465.
- [41] THIBAUT F, CORDIER B, KUHN JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia, *Acta Psychiatr Scand*, 1993; 87:445-50.
- [42] THIBAUT F, CORDIER B, KUHN JM. Gonadotrophin releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: A lifetime treatment. *Psychoneurol*, 1996, 21 (4) : 411-419.
- [43] Haute Autorité de Santé, Salvacyl L.P.11,25 mg, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée, commission de transparence, avis du 18 février 2009.
- [44] Haute Autorité de Santé, Salvacyl L.P.11,25 mg, agoniste de la LH-RH, synthèse d'avis de la commission de transparence, avis du 18 février 2009.
- [45] VOLAVKA J, CITROME L, HUERTAS D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 ; 34 : 123-35.
- [46] LOO H., OLIE J.-P. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs ? *EMC - Psychiatrie*, 2004, 1 (4) : 273-283.
- [47] THIBAUT F, DE LA BARRA F, GORDON H., et al, Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World Journal of Biological Psychiatry*, 2010, 11 (4): 605-655.
- [48] Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.
- [49] WARSMANN JL, rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infraction à caractère sexuel, 29 février 2012.
- [50] CIAVALDINI A. *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Ed. in press, 2003 : 135-142.
- [51] KAËS R, *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod, 1993, 352 p.

EXORCISME MORTEL : À PROPOS D'UNE OBSERVATION AUTOPSIQUE

FATAL EXORCISM: ABOUT AN OBSERVATION AT AUTOPSY

Par M. JEDIDI¹, T. MASMOUDI¹, M. BOUGHATTAS¹, M. BEN DHIAB¹, MK. SOUGUIR¹

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Les croyances surnaturelles, quant aux causes de l'épilepsie, sont répandues dans la culture tunisienne. Lorsque les patients épileptiques recourent à des guérisseurs, ces derniers peuvent prendre les manifestations épileptiques pour des signes de possession démoniaque conduisant à la pratique de séances d'exorcisme. Notre but est de mettre l'accent sur la dangerosité de certaines pratiques d'exorcisme qui peuvent être fatales.

Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 15 ans ayant des antécédents d'une épilepsie de type grand mal, résistante au traitement. L'enfant a subi un rituel exorciste chez un guérisseur afin de chasser l'être maléfique qui se serait emparé de lui et serait responsable des manifestations épileptiques. L'enfant est décédé au cours du rituel exorciste. L'autopsie judiciaire a mis en évidence des lésions traumatiques de la face, du cou et de l'abdomen. La mort a été attribuée aux conséquences d'une strangulation associée à un traumatisme abdominal.

Mots-clés : Exorcisme, violence, mort.

SUMMARY

Supernatural beliefs about the causes of epilepsy are prevalent in Tunisian culture. Epileptic manifestations can be taken by healers as signs of demonic possession leading to the practice of exorcism. Our goal is to focus on the dangerousness of some exorcism practices that can be fatal.

We report a case of a 15-year-old child with a history of treatment-resistant grand mal epilepsy. The child underwent a ritual exorcism by a healer to chase the evil that was assumed to have possessed him and was responsible for the epileptic manifestations. The child died during the ritual exorcism. The judicial autopsy showed injuries to the face, neck and abdomen. Death was attributed to abdominal trauma associated with strangulation.

Keywords: Exorcism, Violence, Death.

INTRODUCTION

L'exorcisme peut être défini comme un rituel religieux destiné à expulser une entité spirituelle maléfique qui se serait emparée d'un être humain. C'est une pratique assez fréquente dans certains pays, qui peut s'associer à des actes de violence parfois mortels [1-3]. Il est difficile de préciser l'ampleur de ce phénomène en Tunisie car il s'agit d'une pratique dissimulée puisque assimilée à de l'exercice illégal de la médecine. Notre but est de mettre l'accent sur la dangerosité de certaines pratiques d'exorcisme qui peuvent fatales.

1. Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire Farhat Hached 4000 Sousse (Tunisie).

Auteur correspondant :

Dr Tasnim Masmoudi

Service de Médecine Légale - Hôpital Farhat Hached de Sousse, Avenue Ibn El Jazzar - 4000 Sousse - Tunisie

Tél. : + 216 98 536 440

Email : Tasnimmasmoudi@yahoo.fr



Figure 1 : Ecorchures et ecchymoses de la région cervicale.



Figure 2 : Ecorchures et ecchymoses de la région abdominale.

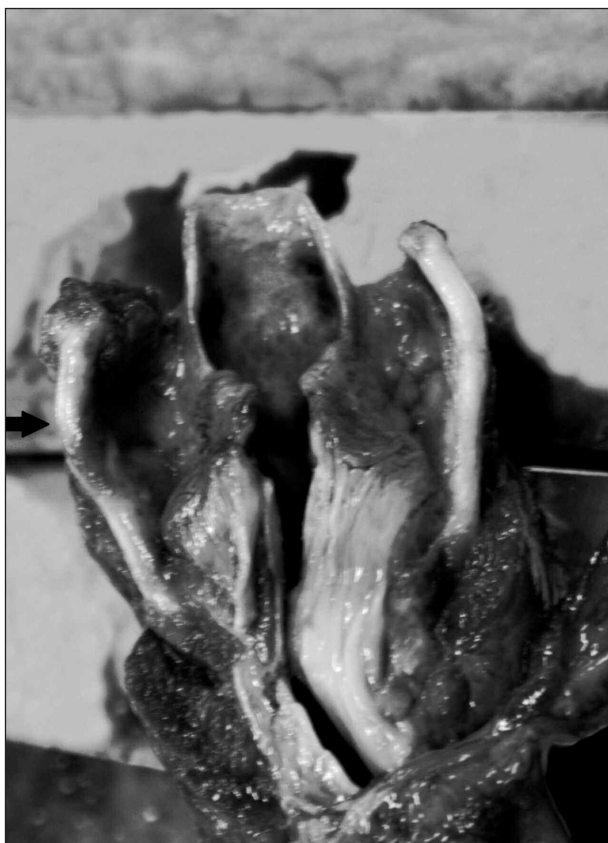


Figure 3 : Fracture ecchymotique de la corne supérieure gauche du cartilage thyroïde (flèche).

OBSERVATION

L'observation se rapporte à un enfant âgé de 15 ans, d'origine rurale, scolarisé, ayant de antécédents d'une épilepsie de type grand mal, résistante au traitement. Face à l'échec apparent de la médecine moderne, les parents de l'enfant ont décidé de recourir à la médecine traditionnelle, ils ont alors consulté un guérisseur qui a jugé l'enfant possédé par le diable et a décidé de le désenvoûter.

Durant le rituel exorciste, l'enfant a été maintenu immobilisé au sol par plusieurs individus, pendant que le guérisseur récitait des versets coraniques et psalmodiait des prières censées chasser le diable. Le guérisseur procédait également à la purification du corps de l'enfant en le frappant avec le livre sacré, remontant de la région abdominale vers le cou pour finir avec une pression exercée sur le cou avec les mains et le livre sacré afin de chasser l'esprit maléfique. Le rituel s'est arrêté au moment du décès de l'enfant. Une enquête judiciaire a été ouverte pour mort suspecte et une autopsie médico-légale a été ordonnée.

L'examen externe du cadavre de l'enfant a mis en évidence des lésions traumatiques à type d'ecchymoses et

d'écorchures de la face, du cou et de l'abdomen, notamment une ecchymose en bande violacée basicervicale [Figures 1-2]. Il a été relevé par ailleurs une cyanose cervico-faciale et des extrémités.

L'autopsie a mis en évidence, au niveau du crâne une infiltration ecchymotique du versant interne du cuir chevelu frontale droite et l'absence de fracture des os du crâne et d'hémorragie intracrânienne.

La dissection du cou a mis en évidence des lésions traumatiques importantes avec une infiltration hémorragique des muscles latéraux gauches du cou et une fracture ecchymotique de la corne supérieure gauche du cartilage thyroïde [Figure 3].

Au niveau du thorax, les poumons étaient congestifs avec un œdème à la coupe et au niveau de l'abdomen, le foie était le siège d'une plaie contuse du lobe hépatique droit mesurant 4 cm de long avec un hématome du mésentère et un hémopéritoine de moyenne abondance estimé à 300 cc. Les reins et la rate étaient d'aspect congestif.

La recherche des toxiques suivants s'est révélée négative :

- Principes médicamenteux : Benzodazépines, phénothiazines, phénobarbital, anti dépresseurs tricycliques, salicylés, paracétamol ;
- Substances pesticides : Organophosphorés, Carbamates, Chloralose ;
- Alcool.

Il n'a pas été réalisé d'examen histologique des prélèvements tissulaires.

Compte tenu de l'existence de traces de violence au niveau du cou associées à un syndrome asphyxique (cyanose cervico-faciale avec une congestion polyviscérale) ainsi que la présence de stigmates d'une hémorragie abdominale (hémopéritoine, plaie hépatique, hématome mésentérique), le décès a été attribué aux conséquences d'une strangulation associée à un traumatisme abdominal.

Le guérisseur, auteur des violences, a été poursuivi pour homicide volontaire et condamné à de la prison ferme par contumace.

DISCUSSION

L'exorcisme est un rituel religieux ou magique destiné à expulser une entité spirituelle maléfique qui se serait emparé d'un être animé et plus rarement inanimé. C'est une pratique ancienne qui n'a pas entièrement disparu. La relation entre la médecine et les pratiques exorcistes est très ancienne. En effet à l'époque préhistorique, la médecine fut magique, le médecin n'était autre que sorcier, et c'est par des exorcismes sous toutes ses formes que l'on pensait chasser l'esprit maléfisant comme auteur du mal.

Dans le monde arabo-musulman, des comportements sociaux spécifiques résultant d'un mélange du « religieux » et du « mystique » se sont développés au cours des temps et se sont largement répandus. Ces pratiques proposent plusieurs modèles explicatifs de la maladie organique ainsi que des désordres psychiques. Ces modèles vont de l'atteinte par les esprits aux effets néfastes de la sorcellerie [4-5]. De ce fait les tradi-praticiens profitant de l'omniprésence des discours relatif à la sorcellerie, proposent non seulement la guérison des maladies « naturelles » par l'usage des plantes médicinales, mais aussi également la guérison de la possession démoniaque en accomplissement des rituels d'exorcisme, contrant l'effet de la sorcellerie.

Le cas de l'épilepsie est très caractéristique. En effet, les études s'intéressant aux croyances populaires sur l'épilepsie montrent que les explications du surnaturel et du non biologique sont très fréquentes dans les pays arabes musulmans [4-6] mais aussi dans d'autres pays d'Asie [7].

Des actes de violence physique ou morale, de maltraitance, d'abus sexuels peuvent accompagner les rituels d'exorcisme et peuvent être fatals dans certaines situations. Dans la littérature, peu de publications s'y rapportent [2,3]. Certaines pratiques consistent à frapper le malade pendant les séances de dépossession et à le torturer en croyant que c'est l'esprit possesseur qui en souffre et qu'il va quitter le corps du malade. Dans le cas que nous rapportons, il y a eu un déclenchement de violence allant jusqu'au meurtre du patient et cela sans aucune intervention des personnes présentes au cours de la séance d'exorcisme. Nous avançons l'hypothèse d'une entrée en transe de l'auteur des violences, dans climat mystique avec perte de tout contrôle.

D'autres pratiques consistent à faire ingérer « de force » aux victimes des potions diverses qui induisent des vomissements ou des convulsions, lesquels traduisent aux yeux de l'exorciste la preuve de l'efficacité du traitement. Quelques cas mortels d'ingestion de solution saline comme produit émétique dans le cadre de rituels d'exorcisme ont été rapportés [1,8].

L'exorcisme est loin d'avoir disparu en Tunisie. Il se présente comme un palliatif, là où la médecine moderne a échoué. Les rituels sont variés et s'avèrent dramatiques dans certains cas. Ce sont toujours les plus démunis, ceux ayant une maladie physique ou psychique et les enfants, qui sont les plus vulnérables. ■

RÉFÉRENCES

- [1] HÉDOUIN V, RÉVUELTA E, BÉCART A, TOURNEL G, DEVEAUX M, GOSSET D. A case of fatal salt water intoxication following an exorcism session. *Forensic Sci Int.*, 1999, 99, 1, 1-4.
- [2] VENDURA K1, GESERICK G. Fatal exorcism. A case report. *Arch Kriminol.* 1997, 200, 3-4, 73-78.
- [3] BOUHLEL S, BEN HAOUALA S, KLIBI A, GHOUAR M, CHENNOUFI L, MELKI W, EL-HECHMI Z. Évaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'Encéphale*, 2013, 39, 3, 165-173.
- [4] Les mentalités et les préjugés en matière de santé physique et psychique au Maghreb. *Médecine des maladies Métaboliques*, 2011, 5, 3, 324-329.
- [5] OBEID T, ABULABAN A, AL-GHATANI F, AL-MALKI AR, AL-GHAMDI A. Possession by 'Jinn' as a cause of epilepsy (Saraa): a study from Saudi Arabia. *Seizure*. 2012, 21, 4, 245-249.
- [6] GOEL S, SINGH N, LAL V, SINGH A. Knowledge, attitude and practices of students about first aid epilepsy seizures management in a Northern Indian City. *Ann Indian Acad Neurol.*, 2013, 16, 4, 538-543.
- [7] FERRACUTI S, DEMARCO MC. Ritual homicide during dissociative trance disorder. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 2004, 48, 1, 59-64.
- [8] OFRAN Y, LAVI D, OPHER D, WEISS TA, ELINAV E. Fatal voluntary salt intake resulting in the highest ever documented sodium plasma level in adults (255 mmol L⁻¹): a disorder linked to female gender and psychiatric disorders. *J Intern Med.*, 2004, 256, 6, 525-528.

IDENTIFICATION DENTAIRE DES VICTIMES CARBONISÉES

DENTAL IDENTIFICATION OF CARBONISED VICTIMS

Par C. GEORGET¹, A. CONIGLIARO², Y. SCHULIAR³

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Les accidents de masse apportent un lot non négligeable de victimes carbonisées. Dans de nombreux cas, les tissus mous ont disparu et le squelette est très fragilisé et endommagé par l'action des flammes. C'est le cas des accidents d'aéronefs pour lesquels l'identification dentaire peut rester le seul recours possible. En effet, bien que maltraitées par le feu, les dents qui sont les organes les plus résistants du corps humain sont aussi ceux qui sont le mieux protégés par les tissus durs et mous environnants.

Ce travail montre que des protocoles d'identification dentaire spécifiques sont à utiliser en fonction du degré de carbonisation rencontré. Les statistiques démontrent et confirment que l'identification dentaire a un rôle important à jouer dans l'identification des victimes carbonisées alors même que l'ADN n'est plus utilisable.

L'intégration systématique des odontologistes médico-légaux dans les équipes d'identification paraît donc nécessaire. Elle répond en outre aux recommandations du Guide d'identification des victimes de catastrophes d'Interpol.

Mots-clés : Carbonisation, Dent, Identification.

SUMMARY

Mass disasters can result in a considerable number of carbonised victims. In many cases, fire exposure destroys soft tissue leaving only degraded and brittle skeletal remains. Aircraft accidents are one of the most striking examples where human identification through dental analysis could be the only remaining last resort. In fact teeth, the most resistant organs of the human body, are also the best protected by all the soft and hard surrounding tissues, even when damaged by fire.

This article shows that specific dental identification protocols have to be used depending on the degree of carbonisation. Statistical evaluations demonstrate and confirm that dental identification has an important role in the identification of carbonised victims when DNA testing is not possible.

A systematic integration of medico-legal odontologists into identification teams seems to be a necessity. It also meets the recommendations made in the mass disaster victims identification guide of Interpol.

Keywords: Carbonization, Tooth, Identification.

INTRODUCTION

L'expertise des odontologistes médico-légaux intégrés dans les équipes d'identification des victimes de catastrophes démontre que les dents, les appareils prothétiques fixes et amovibles soumis à l'action du feu restent des éléments d'identification de premier ordre. [1, 5, 8, 10, 11, 12]

Ainsi après avoir défini et décrit le phénomène de carbonisation qui altère ou détruit les corps humains, nous montrerons par des expérimentations spéci-

1. Odontologiste médico-légal, Docteur de l'Université Nancy 1 : section santé, Expert National

2. Ingénieur, Expert près la Cour d'Appel de Paris

3. Médecin légiste, Docteur en Sciences Forensiques, Expert National

Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale, 1, boulevard Théophile Sueur, 93110 Rosny-sous-Bois

georget.charles@wanadoo.fr

aime.conigliaro@gendarmerie.interieur.gouv.fr

fiques, que même après une carbonisation sévère ou extrême, une dent apporte encore des informations, la plupart du temps exploitables.

Le recours à une classification des degrés de carbonisation peut être utile pour préparer les procédures d'identification (photographies, radiographies, résection de la mandibule et des maxillaires, examens).

Enfin, les statistiques rappellent que l'identification par le système dentaire des victimes carbonisées ne doit pas être négligée au profit de l'analyse génétique. Les deux méthodes peuvent être complémentaires, mais en aucun cas l'une ne peut se substituer à l'autre.

DÉFINITIONS

La combustion est un phénomène chimique qui s'établit lorsque deux corps en présence, l'un combustible, l'autre comburant, sont soumis à une température d'inflammation.

Lorsque les tissus organiques sont maintenus à une température favorable pour brûler, la température de combustion est atteinte.

Ce n'est que dans un second temps que la combustion induit la carbonisation qui n'est rien d'autre que la transformation de la matière organique en charbon. A ce stade le tissu osseux est encore enveloppé par des tissus musculaires plus ou moins altérés. Dans les cas plus sévères l'os est à nu mais conserve sa matière organique. La combustion est incomplète.

La calcination qui suit est caractérisée par une combustion complète. A ce stade, seule la partie minérale d'un os ou d'une dent subsiste.

TYPES DE CARBONISATION

Les tissus mous sont de mauvais conducteurs thermiques. Ils ne sont combustibles que s'ils sont maintenus en contact avec le feu. Si le tissu adipeux est facilement fusible, il ne représente qu'un combustible momentanément vite épuisé.

De cette observation, plusieurs types de carbonisations peuvent être décrits.

1. La carbonisation accidentelle

Ce phénomène est incontrôlé. L'état du corps dépendra de la température du foyer, de sa situation par rapport à la source de chaleur et de son exposition aux flammes, de sa composition (maigreur, adiposité), de sa corpulence, et du temps d'exposition à la source de chaleur ou aux flammes.

Dans le même incendie, ces carbonisations plus ou moins poussées laissent les corps à des stades de conservation différents.

2. La carbonisation criminelle

Une aspersion de pétrole ou d'essence puis l'inflammation du combustible sur un corps sont pratiquées en vue de le faire disparaître. A l'air libre, plus de 12 heures sont nécessaires pour pourvoir à l'incinération d'un corps de 70 kilogrammes. Dans un foyer, cette manipulation nécessite un dépeçage préalable. Des débris osseux plus ou moins importants et des dents dans un état plus ou moins altéré sont retrouvés dans les cendres. L'incinération est généralement incomplète.

3. La carbonisation suicidaire : l'immolation

Il s'agit d'un acte sacrificiel. La personne s'arrose d'un liquide combustible qu'elle enflamme. Si cet acte entraîne la mort, la destruction des tissus reste superficielle par manque rapide de combustible ou d'oxygène.

4. La crémation

La crémation consiste à brûler un corps humain. Une fois les tissus organiques disparus, ne restent que des tissus minéraux craquelés, déformés voire fragmentés. A ce stade la crémation est dite complète.

5. L'incinération

Pour obtenir une fragmentation totale des tissus, une action physique extérieure est nécessaire. Elle réduit à l'état de cendres les tissus minéraux à un poids moyen de 1150 grammes pour un sujet féminin adulte et à 2300 grammes pour un sujet masculin adulte.

A cet effet, l'échelle de Crow-Glassman (1996) discerne 5 niveaux de destruction des corps par le feu [6] :

Le corps présente des phlyctènes. Les cheveux, la barbe, les moustaches ont un aspect roussi. Le corps est fréquemment reconnaissable.

Destruction partielle ou totale des mains, des organes génitaux externes et des oreilles. Le corps est ou n'est pas reconnaissable.

Les membres supérieurs et/ou inférieurs sont détruits partiellement ou totalement. La tête est présente mais non reconnaissable.

Le crâne est fragmenté, détaché du reste du corps.

Il reste très peu d'éléments du corps. Les restes sont très fragmentés. La crémation est complète.

EXPÉRIMENTATIONS SUR LE SYSTÈME DENTAIRE

Quelque soit le type de carbonisation, il est observé d'une part que le système dentaire est bien protégé par les tissus mous et les tissus durs qui l'entourent et

d'autre part que les dents résistent particulièrement bien au feu du fait de leur haut degré de minéralisation (émail : 97 à 98% de minéraux essentiellement sous forme d'hydroxyapatite, dentine : 69 à 70% de tissu minéral). Les très hautes températures et l'action directe des flammes ont cependant un effet destructeur [5, 12].

En 1934, Dechaume et Derobert étudient dans un four de laboratoire les modifications de la structure de la dent face à l'agression thermique et apportent des observations sur sa résistance au feu. Si pour des températures d'exposition de moins de 150°C il n'existe pas d'altération de l'organe dentaire, à partir de 150°C une fissuration de la couronne dentaire est observée. Les températures les plus significatives pour l'analyse de terrain se situent à 250°C température à laquelle apparaissent des fissures profondes sur les racines et au collet, 270°C avec l'observation d'une racine charbonneuse, 400°C avec un éclatement de la couronne et les températures supérieures à 800°C avec une diminution du volume radiculaire. Enfin la température de 1100°C entraîne une réduction globale du volume de la dent

En 1997, Georget étudie l'état d'une prémolaire soumise à la flamme d'un chalumeau calibré à une température de 1650°C.

Avant l'expérimentation, la prémolaire présente une couronne physiologique porteuse d'un important amalgame d'argent poli. La racine montre un traite-

ment des canaux radiculaires, un instrument est fracturé dans l'un des canaux, un screw-post est scellé dans le second canal.

Après une exposition directe à la flamme de 30 secondes, l'émail se craquelle et des gouttelettes de mercure sont relarguées de l'amalgame. La racine prend une teinte brun foncé. Le matériel endodontique n'est pas altéré.

Au bout de 90 secondes, l'émail se dissocie de la dentine qui est carbonisée. La restauration à l'amalgame est boursouflée. La racine prend une teinte noir brillant.

A 150 secondes, des craquelures et d'importantes modifications de forme affectent l'amalgame. Le tiers apical de la racine prend une teinte blanche. La dent est extrêmement fragilisée (figure 1).

A 210 secondes, l'amalgame et le screw-post sont endommagés. La dent est désormais en morceau et prend un aspect charbonneux. La radiographie montre que l'apex de la dent contient des informations.

Au bout de 270 secondes, l'amalgame est très endommagé et le screw-post a fondu. L'apex de la racine est craquelé et friable mais contient encore des données exploitables.

La comparaison macroscopique de la dent entre l'instant 0 (début de l'expérimentation) et l'instant 270 secondes (fin de l'expérimentation) ne permet pas d'affirmer qu'il s'agit de la même dent (figure 2).

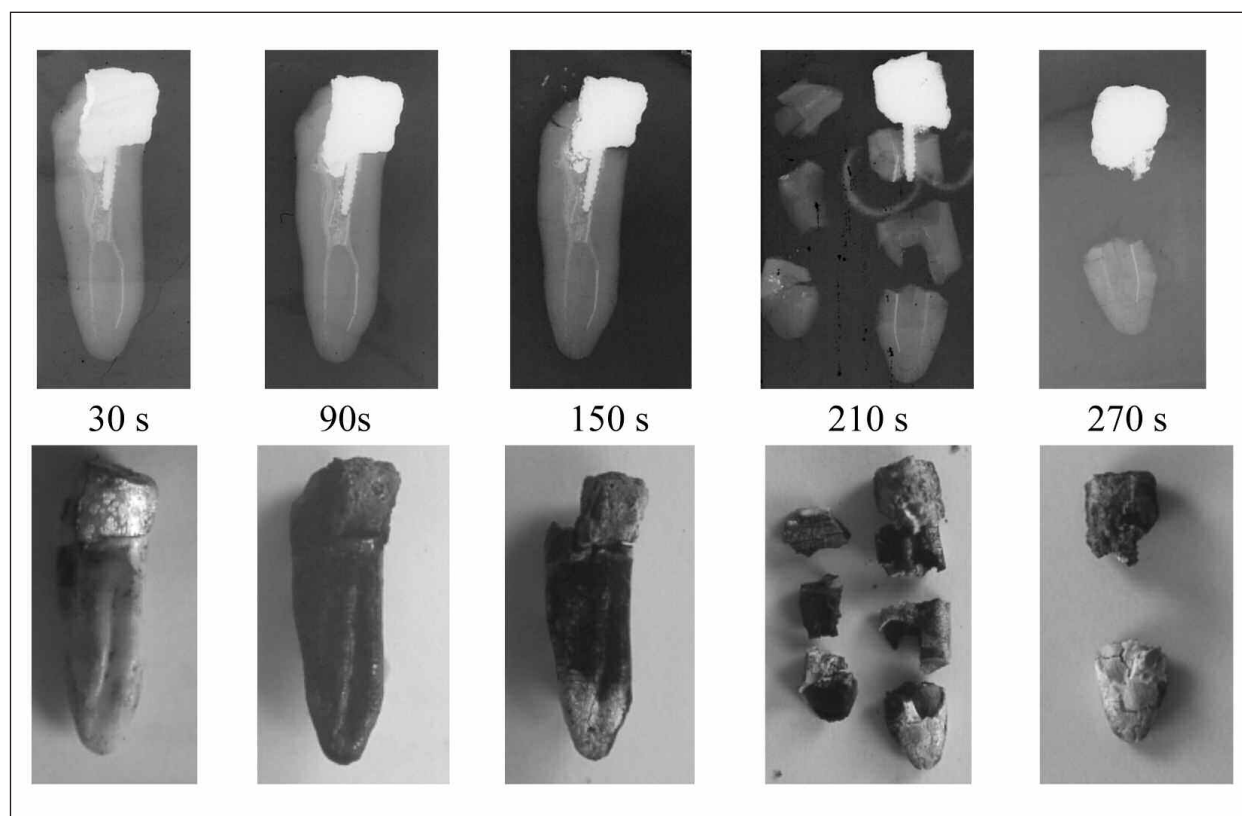


Figure 1.

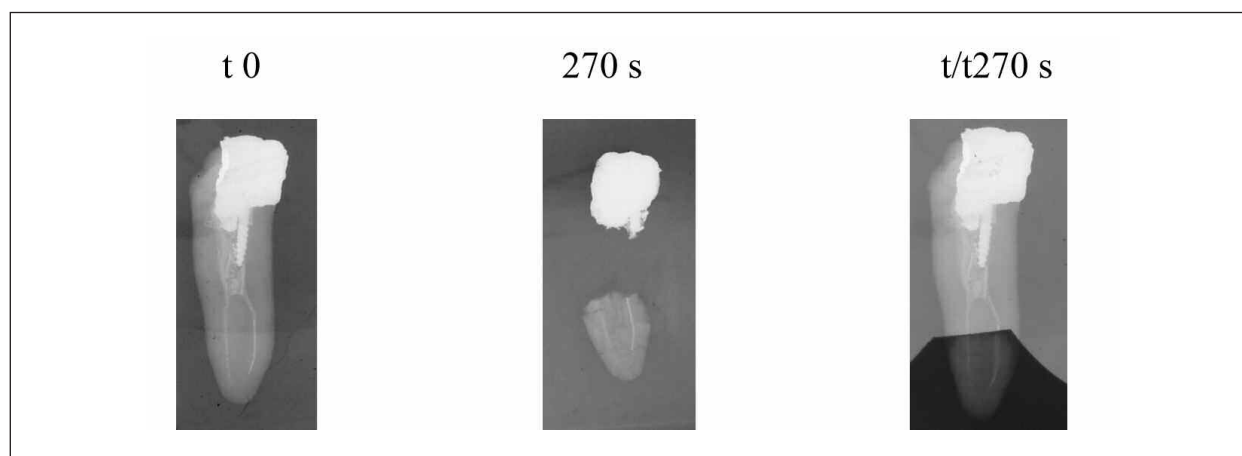


Figure 2.

L'examen radiologique montre toutefois des éléments de comparaison appréciables permettant l'identification de cette dent.

Ces observations confirment le fait que les dents sont très résistantes face à l'action du feu même si ces dernières ne sont pas protégées par les tissus mous et les tissus durs. Quand une dent carbonisée est morcelée, il est essentiel de la radiographier pour vérifier s'il existe des éléments de comparaisons utilisables, notamment dans les canaux radiculaires. « Une dent est un véritable coffre fort ».

Gunepin, Derache et Conigliaro (2009) étudient in vitro la capacité des dents et des matériaux de restauration à conserver une certaine pérennité face aux hautes températures [2, 7]. Les auteurs notent qu'en dessous de 200°C les dents ne subissent pas de modifications de teinte. A partir de 400°C, l'organe dentaire prend une teinte orange-marron. A 600°C la dent est noire avant de devenir grise à 800°C puis blanche rosée à 1000°C. Il est constaté une homogénéité des teintes de l'ensemble des dents soumises à une même température. L'étude de l'atteinte à l'intégrité des tissus dentaires ne montre pas de modification macroscopique en dessous de 200°C. A 400°C des fissures des couronnes et des racines dentaires existent mais c'est à 600°C que les tissus sont très altérés avec séparation de la couronne et de la racine dentaire. Les fissures radiculaires encore superficielles qui se multiplient à partir de 800°C deviennent extrêmement nombreuses et profondes à 1000°C.

Concernant l'atteinte à l'intégrité des restaurations dentaires, les modifications macroscopiques des amalgames dentaires sont précoces. A 400°C se forment des bulles à la surface du matériau. A 600°C des déformations notables de l'amalgame et un noircissement de la restauration sont notés. A 800°C, il est difficile d'identifier le matériau qui est très souvent désolidarisé de la dent. Enfin à 1000°C la teinte blanche crayeuse et la déformation extrême rendent invisibles l'identification visuelle.

A l'encontre des amalgames, les restaurations composites ne présentent pas de modifications notables d'as-

pect ou de teinte avant 600°C, température à laquelle une coloration gris souris à gris sombre s'installe. Cependant le matériau quitte fréquemment la cavité dentaire mais peut y être replacé. A 1000°C, le composite dentaire a perdu sa forme initiale et il est très difficile d'identifier le matériau.

Pour l'ensemble de ces études macroscopiques, une étude radiologique est associée.

Derrien-Peyrichon (2008) rapporte dans son étude sur l'effet de la carbonisation sur l'ADN dentaire sur des dents extraites avant d'être carbonisées que pour « une durée d'exposition supérieure à 15 minutes, l'ADN dentaire n'est pas exploitable pour des températures supérieures ou égales à 300°C (la température d'exposition la plus basse de [l']expérience. [3] ». L'ADN dentaire restant cependant exploitable dans certains cas de carbonisation, l'auteur admet « le rôle fondamental joué par les différents tissus entourant la dent dans la protection de l'ADN dentaire lors d'une crémation, en sus de la protection apportée par la dent elle-même. » Cependant, les crémations importantes ne permettent plus de maintenir l'ADN dentaire à une température suffisamment basse pour empêcher sa destruction et permettre son analyse.

Ces études in vitro montrent la résistance des dents aux hautes températures et à l'action directe des flammes. Les paramètres étudiés sont préétablis autant par le choix de l'état des dents que par celui des températures et des temps de carbonisation. Les résultats à partir des modèles expérimentaux sont satisfaisants mais peuvent être parfois plus ou moins éloignés de l'attente espérée dans le cas d'incendies réels pour lesquels les paramètres température de l'incendie, et temps d'exposition au feu ne sont pas prédéterminés.

CLASSIFICATION DES DEGRÉS DE CARBONISATION

Lors des catastrophes, des observations du phénomène de carbonisation ont permis de préciser des pro-

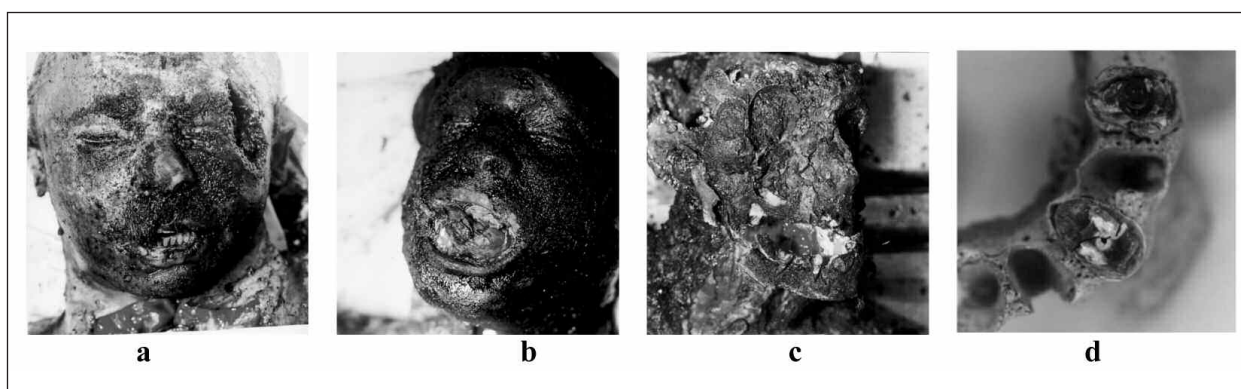


Figure 3 : Degrés de carbonisation : a/ léger, b/ important, c/ sévère, d/ extrême.

cédures d'identification dentaire sur les corps carbonisés.

Par exemple, dans un même accident, deux personnes présentes dans le même véhicule montrent deux degrés de carbonisations différents. Le système dentaire de la première victime est endommagé, les bridges et les couronnes ont résistés à l'action du feu. Le système dentaire de la seconde est entièrement préservé ; protégé par les lèvres, les joues et la langue, les dents antérieures n'ont pas été soumises à l'action des flammes.

Dans un même brasier, la carbonisation des corps peut être très sélective en raison d'une exposition différente aux flammes. C'est à partir de telles observations que la Classification des degrés de carbonisation (Georget, Laborier - 2004) a été établie (figure 3, tableau 1).

Il est alors possible de noter le degré de carbonisation de la victime sur la checklist pour mettre en place le protocole d'examen approprié.

PROTOCOLES D'EXAMEN ET DEGRÉS DE CARBONISATION

Le matériel humain carbonisé appelle à des manipulations précises et très respectueuses des tissus fragilisés. Chaque protocole doit être mis totalement en place avant d'intervenir.

Sur le terrain, tout acte conservatoire doit être engagé par l'odontologiste médico-légal pour sauver l'ensemble des indices exploitables. Il en est ainsi des photographies, du maintien des dents dans leur alvéole, de l'emballage de la tête mais aussi du tamisage du site. En salle d'autopsie, il est tout aussi important que l'expert utilise des techniques radiographiques adaptées à l'état du corps autopsié, pratique le nettoyage et le collage des fragments osseux et dentaires avant tout examen descriptif qui engagera ultérieurement l'identification de la victime (tableau 2).

	Léger	Important	Sévère	Extrême
Peau, muscles	souple, couleur blanchâtre	Consistance « cuir », noir	Très endommagés ou détruits	Détruits en totalité
Lèvres	Rempart protecteur des dents	Rétractées	Détruites	Détruit en totalité
Dents	État préservé	Dents antérieures fissurées, éclatées, voire friables	Non protégées, friables	Très endommagées
Os	Etat préservé	Carbonisation possible sur des zones antérieures isolées	Carbonisation importante	Carbonisation pouvant aller jusqu'au résidu

Tableau 1. Classification des degrés de carbonisation (GEORGET, LABORIER – 2004).

Degré de carbonisation	Léger	Important	Sévère	Extrême
Photographie conservatoire	oui	oui	oui	si possible
Emballage de la tête	non	oui	oui	si possible
Tamassage sur le site	non	si nécessaire	oui	oui
Radiographies	Rétro-alvéolaire standard	Rétro-alvéolaire standard/tunneling Scanner	Rétro-alvéolaire standard/tunneling Scanner	Rétro-alvéolaire Dent posée sur le capteur numérique
Prélèvement des maxillaires	si nécessaire	oui	Dissection des tissus mous avant prélèvement	Récupération de l'ensemble des fragments
Nettoyage	Brossage	Attouchement avec coton /H2O2	Attouchement avec coton /H2O2	En fonction des restes
Reconstitution	Colle cyanocrylate	Colle cyanocrylate Cire	Colle cyanocrylate Cire	Cire
Photographie	Plans conventionnels	Plans conventionnels	Meilleurs plans possibles	Photos des fragments et des prothèses dentaires
Odontogramme	oui	Description des dents antérieures : problèmes possibles	Problèmes de nomenclature sur les dents dispersées	Problèmes de nomenclature sur les dents dispersées

Tableau 2.

STATISTIQUES

L'odontologie médico-légale a-t-elle sa place dans l'identification des victimes carbonisées ?

L'étude statistique qui est réalisée à partir de catastrophes comptabilisant 100% de victimes carbonisées avec intervention d'odontologues médico-légaux intégrés dans une équipe d'identification répond à cette question (tableau 3).

Au total, sur 255 victimes carbonisées, 222 d'entre elles ont été identifiées par les dents, soit 87% de résultats positifs. Les résultats les moins probants sont observés pour les degrés de carbonisation « sévère » et « extrême » et évidemment lorsque l'impossibilité de réaliser l'examen comparatif par manque de documentation ante-mortem existe.

CONCLUSIONS

Les dents et les prothèses fixes résistent aux degrés de crémation extrême. Même si l'analyse génétique ne peut être pratiquée comme l'ont montré les identifications des corps des victimes de l'incendie du tunnel du Mont Blanc, les dents carbonisées peuvent être utilisées pour l'identification.

La présence des odontologues médico-légaux sur le site des catastrophes paraît nécessaire et importante pour rechercher les dents carbonisées et les prothèses dentaires, pour photographier les arcades dentaires des victimes et protéger les têtes carbonisées par un simple sac plastique lié autour du cou. Cette procédure prépare à un meilleur examen dentaire post-mortem.

	Victimes (nombre)	Identifications dentaires	Résultats positifs	Degrés de carbonisation
Crash Falcon 20 (20/01/1995) [9]	10 (1)	10	100%	léger, important, sévère
Massacre Ordre du Temple Solaire (23/12/1995)	16 (1)	16	100%	léger, important
Accident Tunnel Mont Blanc (23/03/1999)	39 (1)	31	79,4%	léger, sévere, extrême
Crash Concorde (25/07/2000)	113 (1)	112	99,1%	léger, important, sévere
Crash St Barthélémy (24/03/2001)	20 (1)	19	95%	léger, important, sévere
Accident autoroute A10 Poitiers (05/11/2002)	8 (1)	7	87,5%	important, sévère
Incendie centre équestre-Lescheraignes (05/08/2004)	8 (1)	5	62,5%	important, sévère
Crash aérien militaire- El Gorah-Egypte (06/05/2007)	9 (1)	7	77,7%	important, sévère
Crash hélicoptère Freetown-Libéria (03/06/2007)	20 (2-3)	7	35%	léger, important, sévere
Crash Delta Okavango- Botswana (18/10/2011)	8 (1-4)	4	50%	léger, important, sévere
Crash hélicoptère- Niger (06/04/2012)	2 (1-5)	2	100%	important
Accident montgolfière- Louxor-Egypte (26/02/2013)	2 (1-6)	2	100%	léger

Tableau 3.

Légende : (1): mise à disposition de l'ensemble des documents ante-mortem (2): mise à disposition des documents ante-mortem de certaines victimes (3): 22 morts lors du crash dont 20 rapatriés au Togo pour identifications (4): 11 morts dont 3 à l'hôpital et 8 lors du crash (5): 6 morts dont 2 français examinés après rapatriement (6): 19 morts dont 2 françaises examinées après rapatriement.

Le pourcentage d'identifications dentaires concernant les victimes carbonisées est considéré comme correct. Dans le Disaster Victim Identification guide, Interpol préconise d'identifier les victimes en utilisant trois méthodes : les empreintes digitales, les dents et les analyses ADN.

Dans cet esprit et dans le strict respect de ces recommandations, les équipes de terrain doivent être consti-

tuées d'un médecin légiste pour pratiquer les autopsies et rechercher les causes de la mort et d'une équipe d'identification composée d'un technicien en empreintes digitales, d'un biologiste préleveur d'ADN et d'un odontologiste médico-légal [4]. C'est à ce prix que l'identification des victimes est entreprise avec un maximum de précaution et de chance statistique de réussite. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CHAPENOIRE S, SCHULIAR Y, CORVISIER JM. (1998). Rapid efficient dental identification of 92% of 13 train passengers carbonised during a collision with a petrol tanker. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 19(4), 352-355.
- [2] DERACHE F, GUNEPIN M, CONIGLIARO A (2009). Impact macroscopique et radiologique des hautes températures sur les caractéristiques dentaires en identification – Approche expérimentale. *Revue de droit médical et d'identification appliquée à l'odontologie*, N°10, 85-98.
- [3] DERRIEN-PEYRICHON C. Effet de la carbonisation sur l'ADN dentaire. Mémoire DUIOML. Université de Nantes –Odontologie – 2008.
- [4] DVI guide : Interpol (2009).
- [5] GEORGET C, FRONTY P, SAPANET M (2001). *L'identification comparative*. Editions Atlantique. 189 p
- [6] GLASSMAN DM, CROW RM. Standardization model for describing the extend of burn injury to human remains. *J.orensic Sci*, 1996 Jan, 41(1): 152-4.
- [7] GUENEPIN M, DERACHE F. (2009) Identification odontologique de victimes carbonisées. Données actuelles de la science. *Revue de droit médical et d'identification appliquée à l'odontologie*, N°10, 99-108.
- [8] SCHULIAR Y, CECCALDI B, MASSELIN P, SALON J, MICHAUT JF. (1996). La cellule d'identification de victimes de catastrophes de la Gendarmerie Nationale (CIVC). Présentation de cas. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, Vol. 39, N° 6, 445-448.
- [9] SCHULIAR Y, CORVISIER JM, MASSELIN P, CECCALDI B, CRISPINO F (1996). Identification des victimes de la catastrophe aérienne du Bourget, le 20 Janvier 1995. Participation de la Cellule d'identification de Victimes de Catastrophes de la Gendarmerie Nationale. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, Vol. 39, N° 7-8, 499-500.
- [10] POISSON P, CHAPENOIRE S, SCHULIAR Y, LAMANT M, CORVISIER JM (2003). Four major disasters in Aquitaine, France, Use of odontological techniques for identification, *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 24(2), 160-163.
- [11] PONSEEL G, BRAU JJ, DANJARD C, LABORIER C, SCHULIAR Y. Intérêt de l'odontologie dans l'identification des victimes de catastrophes civiles et militaires. Procédures, techniques et bilan des missions françaises. *Revue internationale des services de santé des forces armées*, Vol. 81/3, 2008, 145-153.
- [12] SILVER EW, SOUVIRON RR (2009). *Dental Autopsy*. CRC Press, 273p

APPROCHE GLOBALE, MULTI-SITES- (SOUS-CLAVIER, FÉMORAL ET POPLITE) ET TEMPS-DÉPENDANTE, DE LA REDISTRIBUTION POST-MORTEM DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

GLOBAL MULTI-SITE (SUBCLAVIAN, FEMORAL AND POPLITEAL) AND TIME-DEPENDENT EVALUATION OF POST-MORTEM REDISTRIBUTION OF PSYCHOACTIVE DRUGS: PRELIMINARY RESULTS

Par **Éric LEMAIRE***, **Raphaël DENOZ****, **Carl SCHMIDT*****, **Corinne CHARLIER**** et **Philippe BOXHO***

RÉSUMÉ

La redistribution post-mortem concerne les variations de concentration d'une substance en fonction du site de prélèvement sanguin et du délai post-mortem écoulé au moment du prélèvement.

* Medico-legal Institute, University of Liège ; Liège, Belgium

** Medico-legal Toxicology Laboratory, University Hospital - C.H.U. Sart-Tilman ; Liège, Belgium

*** Wayne County Medical Examiner's Office ; University of Michigan, Department of Pathology ; Ann Arbor, Mi, USA

Notre étude a pour but de comparer les concentrations sanguines centrale (site sous-clavier) et périphériques (sites fémoral et poplité) de substances psychoactives ciblées. De plus, la variation de concentration temps-dépendante est également évaluée par l'utilisation de deux méthodes.

A notre connaissance, le sang poplité n'a jamais été comparé avec d'autres sites de prélèvement auparavant.

Cette étude préliminaire comprend 23 cas, divisés en 2 groupes : un groupe « général » dans lequel un prélèvement central (sous-clavier) et périphérique (fémoral) ont été effectués et un groupe « poplité » dans lequel un prélèvement poplité a été réalisé dans le même temps. Chaque groupe a été subdivisé en 2

sous-groupes, l'un appelé « prélèvement 1 » comprenant tous les cas prélevés lors de la levée de corps et l'autre appelé « prélèvement 2 » comprenant les cas prélevés une seconde fois, après un intervalle de temps connu.

Les substances ciblées sont le diazépam et ses métabolites, la méthadone et son métabolite ainsi que la morphine et ses métabolites.

Afin de mettre en évidence le phénomène de redistribution post-mortem, pour chaque substance, les rapports (ratios) moyens de concentrations suivants ont été calculés : [sous-clavier]/[fémoral] dans le groupe « général » et [sous-clavier]/[fémoral], [sous-clavier]/[poplité] and [fémoral]/[poplité] dans le groupe « poplité ».

Dans tous les groupes et sous-groupes, les corrélations entre les ratios de concentrations et le délai post-mortem calculé théoriquement ont été obtenues pour chaque substance.

Dans les cas comprenant un second prélèvement, les corrélations entre, d'une part, les différences de concentrations et les différences de ratios de concentrations et, d'autre part, l'intervalle de temps connu séparant les deux prélèvements, ont été calculées pour chaque substance.

Nos résultats indiquent que le sang poplité apparaît moins soumis au phénomène de redistribution post-mortem comme le suggèrent les ratios de concentrations obtenus dans le groupe « poplité ».

L'étude de l'influence du délai post-mortem, selon les deux méthodes, pour chaque substance cible, n'a pas relevé de différences significatives des ratios de concentrations, ni des ratios de différences de concentrations, ni des concentrations en fonction du temps.

Mots-clés : Sang poplité, Redistribution post-mortem, Substances psychoactives, Délai post-mortem.

SUMMARY

Post-mortem redistribution (PMR) refers to the site and time-dependent blood drug concentration variations occurring after death.

Our study aimed to compare central blood concentration (subclavian site) with peripheral blood concentration (femoral and popliteal sites) of selected psychoactive substances. Time-dependent variation of blood concentration is also assessed by means of two methods.

To our knowledge, popliteal blood concentration has never been compared with other sites before.

In this preliminary study, there were 23 cases divided in 2 groups: a general group in which central (subclavian) and femoral blood was drawn, and a group labelled popliteal in which an additional blood sample was obtained from the popliteal vein. Each group was also divided in 2 subgroups, one with only one sample and the other with a second sample taken from the same case at a later time.

The targeted substances were diazepam and metabolites, methadone and metabolite and morphine and metabolites.

For each substance, mean concentration ratios were calculated as follows: [subclavian]/[femoral] in the general group and [subclavian]/[femoral], [subclavian]/[popliteal] and [femoral]/[popliteal] in the popliteal group.

In the cases sampled only once, correlations between concentration ratios and estimated post-mortem interval were obtained for each substance.

In those cases sampled a second time after a time interval, correlations between concentration difference ratios (and concentration differences) and precise time interval elapsed between samples No. 1 and No. 2 were obtained for each substance.

The results indicate that the popliteal sample site appears to be less subject to PMR as seen in the concentration ratios in the group with popliteal sampling.

Cases sampled only once, as well as those sampled a second time, when correlated with the post-mortem interval, show that the latter did not have significant influence on concentration ratios, concentration difference ratios or concentration differences.

Keywords: Popliteal blood, Postmortem redistribution, Psychoactive drugs, Postmortem interval.

OBJECTIFS

Par définition, la redistribution post-mortem d'une substance concerne les variations de concentrations sanguines de cette substance en fonction du site de prélèvement sanguin et du délai post-mortem au moment du prélèvement¹.

Les sites de prélèvement sont classiquement divisés en « sites centraux » (cardiaque et sous-clavier) et « site périphérique » (fémoral) tandis que le potentiel de redistribution post-mortem d'une substance apparaît évaluable en fonction du résultat du rapport (ratio) « concentration centrale » (C)/ « concentration périphérique » (P) de cette substance, qui est significativement supérieur à 1 en cas de redistribution, ou égal ou inférieur à 1 en cas d'absence de redistribution^{2,3}.

L'objectif de nos travaux est l'approche globale du phénomène de redistribution post-mortem en étudiant, d'une part, l'influence du site de prélèvement, en ce compris celle d'un site jusqu'alors inexploré (veine poplitée) et, d'autre part, l'influence du délai post-mortem selon deux méthodes, l'une évaluant la

1. Pelissier-Alicot A. et coll. Mechanisms underlying postmortem redistribution of drugs: a review. *J Anal Toxicol.* 2003;27(8): 533-544.

2. Yarema M. et C. Becker. Key concepts in postmortem drug redistribution. *Clinical Toxicology* 2005;43: 235-241.

3. Cook D. et coll. Estimating antemortem drug concentrations from postmortem blood samples : the influence of postmortem redistribution. *J Clin Pathol* 2000;53: 282-285.

corrélation entre le délai post-mortem théorique et les rapports de concentrations, et l'autre étudiant l'évolution des concentrations et rapports de concentrations sur un même cas prélevé à deux reprises.

Les substances étudiées font partie de la famille des psychotropes (médications psychotropes et produits soumis à la législation sur les stupéfiants), et ce, en raison d'un double intérêt sur le plan médico-légal, à savoir l'établissement de la cause de décès d'une part, mais également la détermination de l'état de conscience et/ou vigilance d'une victime dans les heures précédant son décès.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans cette étude préliminaire, 23 cas ont été inclus. Chaque cas a fait l'objet d'un encodage systématique du contexte médico-légal (intoxication accidentelle, suicidaire ou criminelle, éventuelles manœuvres de réanimation et éventuel traumatisme thoraco-abdominal), des paramètres thanatologiques (position du cadavre, températures ambiante et rectale, lividités, rigidités, moment théorique du décès, stade de putréfaction, éventuels signes externes d'œdème pulmonaire ou d'inhalation), des sites de prélèvements effectués (sous-clavier, fémoral et, le cas échéant, poplité) et des concentrations sanguines des substances mises en évidence au sein de chacun des sites de prélèvement.

Pour l'étude de l'influence du site de prélèvement, les 23 cas ont été divisés en deux groupes, l'un dit « général » (comprenant l'ensemble des cas - prélèvements sous-claviers et fémoraux systématiquement réalisés) et l'autre dit « poplité » (comprenant les cas où, outre les prélèvements susmentionnés, un ou plusieurs prélèvement(s) poplité(s) avai(en)t été réalisés concomitamment, à savoir 13 cas).

Les groupes « général » et « poplité » ont ensuite été subdivisés en sous-groupes « prélèvement n°1 » et « prélèvement n°2 », selon qu'un seul ou deux (distincts dans le temps) prélèvement(s) avai(en)t été réalisé(s) sur le même cas, après un intervalle de temps variable et connu.

Afin de mettre en évidence l'occurrence du phénomène redistribution post-mortem, pour chaque substance, les rapports (ratios) moyens de concentrations suivants ont été obtenus :

- Groupe « Général » : [sous-clavier]/[fémoral]
- Groupe « Poplité » : [sous-clavier]/[fémoral], [sous-clavier]/[poplité] et [fémoral]/[poplité]

Pour l'étude de l'influence du délai post-mortem, deux méthodes de calcul ont été utilisées.

La première méthode a étudié, pour chaque substance, la corrélation entre les ratios de concentrations obtenus et le délai post-mortem théorique calculé sur base des paramètres thanatologiques.

La seconde méthode a étudié, pour chaque substance, la corrélation entre les différences des concentrations et des ratios de concentrations obtenus et le délai écoulé entre, le cas échéant, les prélèvements n°1 et n°2.

RÉSULTATS

En fonction de leur fréquence d'apparition, des substances-cibles ont été retenues et sont reprises au Tableau 1.

	N
DIAZEPAM	5
NORDIAZEPAM	7
OXAZEPAM	4
METHADONE	11
EDDP	11
MORPHINE	5
MORPHINE – 3 GLUCURONIDE	6
MORPHINE – 6 GLUCURONIDE	5
CODEINE	4

Tableau 1. Substances « cibles ».

Les autres substances mises en évidence sont reprises au Tableau 2.

Influence du site de prélèvement

Concernant l'influence du site de prélèvement, dans le groupe « général », les ratios moyens de concentrations [sous-clavier (SC)] / [fémoral (F)] ont été obtenus pour chaque substance cible principale, comme indiqué au Tableau 3.

Concernant l'influence du site de prélèvement, dans le groupe « poplité », les ratios moyens de concentrations [sous-clavier (SC)] / [fémoral (F)], [sous-clavier (SC)] / [poplité (P)] et [fémoral (F)] / [poplité (P)] ont été obtenus pour chaque substance cible principale, comme indiqué au Tableau 4.

Influence du délai post-mortem (au moment du prélèvement)

Concernant la première méthode d'évaluation de l'influence du délai post-mortem, dans le groupe « général », les corrélations entre les ratios moyens de concentrations et le délai post-mortem théorique ont été obtenues pour chaque substance cible principale, comme indiqué au Tableau 5. Un coefficient de corrélation négatif indique une relation décroissante entre les deux paramètres, à savoir que lorsque l'un

	N
7-AMINOFLUNITRAZEPAM	1
ALPRAZOLAM	2
AMISULPRIDE	2
BENZOYLECGONINE	4
BROMAZEPAM	5
BUPROPION	1
CITALOPRAM	1
CLOMIPRAMINE	2
CLOTIAPINE	1
COCAINE	3
DULOXETINE	1
FLUOXETINE	1
LORAZEPAM	2
LORMETAZEPAM	1
MIRTAZAPINE	2
NORFLUOXETINE	1
PAROXETINE	1
PIPAMPERONE	1
PROTHIPENDYL	4
QUETIAPINE	1
RISPERIDONE	1
TETRAZEPAM	1
TRAMADOL	1
TRAZODONE	3
VENLAFAXINE	1
ZOLPIDEM	4

Tableau 2. Substances « autres ».

SUBSTANCE	N	RATIO	RESULTAT
DIAZEPAM			
Prélèvement n°1	6	[SC] / [F]	0.75±0.21 (<i>p</i> = 0.067)
Prélèvement n°2	3	[SC] / [F]	0.83±0.57 (<i>p</i> =0.51)
METHADONE			
Prélèvement n°1	12	[SC] / [F]	1.56±0.90 (<i>p</i> = 0.017)
Prélèvement n°2	11	[SC] / [F]	1.31±0.36 (<i>p</i> = 0.016)
MORPHINE			
Prélèvement n°1	7	[SC] / [F]	1.47±0.71 (<i>p</i> =0.18)
Prélèvement n°2	5	[SC] / [F]	1.27±0.85 (<i>p</i> =0.78)

Tableau 3. Influence du site de prélèvement – Groupe « général ».

diminue, l'autre augmente, et inversement, tandis qu'un coefficient positif indique une relation croissante concomitante.

Dans le groupe « poplité », les corrélations entre les ratios de concentrations et le délai post-mortem théorique ont été obtenues pour chaque substance cible principale, comme indiqué au Tableau 6.

Concernant la seconde méthode d'évaluation de l'influence du délai post-mortem, dans le groupe « général », les corrélations entre les différences de concentrations, les ratios de différences de concentrations et le délai écoulé entre les prélèvements n°1 et n°2 ont été obtenues pour chaque substance cible principale, comme indiqué au Tableau 7.

Dans le groupe « poplité », les corrélations entre les différences de concentrations, les ratios de différences de concentrations et le délai écoulé entre les prélèvements n°1 et n°2 ont également été obtenues pour chaque substance cible principale, comme indiqué au Tableau 8.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Nos résultats indiquent que la méthadone et la morphine apparaissent soumises au phénomène de redistribution post-mortem, avec, dans le groupe « général », des ratios moyens [sous-clavier]/[fémoral] supérieurs à 1, soit respectivement de 1.56±0.90 et de 1.47±0.71. Le ratio [sous-clavier]/[fémoral] est statistiquement significatif (supérieur à 1) pour la méthadone.

Le diazépam ne semble pas être soumis au phénomène de redistribution post-mortem, avec un ratio moyen [sous-clavier]/[fémoral] égal à 0.75±0.21.

SUBSTANCE	N	RATIO	RESULTAT
DIAZEPAM			
Prélèvement n°2	1	[SC] / [F]	0.24 (p=NA)
		[SC] / [P]	0.320 (p=NA)
		[F] / [P]	0.84 (p=NA)
METHADONE			
Prélèvement n°1	4	[SC] / [F]	1.97±1.52 (p=0.26)
		[SC] / [P]	2.04±1.80 (p=0.27)
		[F] / [P]	1.05±0.30 (p=0.96)
Prélèvement n°2	7	[SC] / [F]	1.38±0.44 (p=0.07)
		[SC] / [P]	1.78±0.72 (p=0.0099)
		[F] / [P]	1.35±0.49 (p=0.11)
MORPHINE			
Prélèvement n°1	3	[SC] / [F]	1.84±0.86 (p=0.21)
		[SC] / [P]	2.81±2.47 (p=0.27)
		[F] / [P]	1.35±0.61 (p=0.42)
Prélèvement n°2	3	[SC] / [F]	1.65±0.95 (p=0.40)
		[SC] / [P]	1.83±0.60 (p=0.12)
		[F] / [P]	1.27±0.45 (p=0.51)

Tableau 4. Influence du site de prélèvement – Groupe « poplité ».

SUBSTANCE	N	DPM MOYEN (h)	RATIO MOYEN	COEFFICIENT DE CORRELATION
DIAZEPAM	9	20.33±16.97	[SC] / [F] = 0.78±0.34	+0.25/+0.29 ($p=0.51/0.46$)
METHADONE	23	24.70±15.31	[SC] / [F] = 1.44±0.69	-0.29/-0.20 ($p=0.19/0.36$)
MORPHINE	12	22.39±19.34	[SC] / [F] = 1.44±0.70	+0.11/+0.19 ($p=0.70/0.51$)

Tableau 5. Influence du délai post-mortem – Méthode 1 – Groupe « général ».

SUBSTANCE	N	DPM MOYEN (h)	RATIO MOYEN	COEFFICIENT DE CORRELATION
DIAZEPAM	1	39.00	[SC] / [F] = 0.24	NA
			[SC] / [P] = 0.20	NA
			[F] / [P] = 0.84	NA
METHADONE	11	26.11±13.55	[SC] / [F] = 1.59±0.95	-0.47/-0.26 ($p=0.15/0.43$)
			[SC] / [P] = 1.88±1.14	-0.22/-0.14 ($p=0.51/0.69$)
			[F] / [P] = 1.24±0.44	+0.42/+0.43 ($p=0.19/0.19$)
MORPHINE	6	31.75±19.48	[SC] / [F] = 1.75±0.70	-0.24/-0.17 ($p=0.56/0.69$)
			[SC] / [P] = 2.08±1.50	-0.55/-0.35 ($p=0.16/0.40$)
			[F] / [P] = 1.18±0.48	-0.47/-0.66 ($p=0.24/0.073$)

Tableau 6. Influence du délai post-mortem – Méthode 1 – Groupe « poplité ».

SUBSTANCE	N	DPM MOYEN (h)	RATIO MOYEN	COEFFICIENT DE CORRELATION
DIAZEPAM	1	39.00	[SC] / [F] = 0.24	NA
			[SC] / [P] = 0.20	NA
			[F] / [P] = 0.84	NA
METHADONE	11	26.11±13.55	[SC] / [F] = 1.59±0.95	-0.47/-0.26 (p=0.15/0.43)
			[SC] / [P] = 1.88±1.14	-0.22/-0.14 (p=0.51/0.69)
			[F] / [P] = 1.24±0.44	+0.42/+0.43 (p=0.19/0.19)
MORPHINE	6	31.75±19.48	[SC] / [F] = 1.75±0.70	-0.24/-0.17 (p=0.56/0.69)
			[SC] / [P] = 2.08±1.50	-0.55/-0.35 (p=0.16/0.40)
			[F] / [P] = 1.18±0.48	-0.47/-0.66 (p=0.24/0.073)

Tableau 6. Influence du délai post-mortem – Méthode 1 – Groupe « poplitée ».

SUBSTANCE	N	Δ DPM (h)	Δ CONCENTRATION	Δ RATIO	COEFF. CORRELATION
DIAZEPAM	3	31.00±6.06	[SC2] – [SC1] = -151.67±236.83 (p=0.38)	Δ SC / Δ F = -1.00±2.72	+0.99/+0.87 (p=0.055/0.33)
			[F2] – [F1] = -14.67±144.28 (p=0.88)		
METHADONE	11	24.27±6.82	[SC2] – [SC1] = -30.09±419.79 (p=0.82)	Δ SC / Δ F = -2.93±12.59	+0.033/-0.46 (p=0.15/0.92)
			[F2] – [F1] = 37.82±134.37 (p=0.37)		
MORPHINE	5	21.80±5.50	[SC2] – [SC1] = -19.20±26.85 (p=0.19)	Δ SC / Δ F = 0.79±5.16	+0.078/-0.31 (p=0.91/0.90)
			[F2] – [F1] = 11.80±20.17 (p=0.26)		

Tableau 7. Influence du délai post-mortem – Méthode 2 – Groupe « général »

Nos résultats sont globalement compatibles avec les ratios relevés dans la littérature^{4,5,6,7} bien que certaines études relatives à la morphine et au diazépam n'aient pas relevé la même tendance^{8,9}.

Jusqu'à ce jour inexploré, le site poplitée apparaît être encore moins soumis au phénomène de redistribution post-mortem avec, dans la population « poplitée », les ratios moyens [sous-clavier]/[fémoral], [sous-cla-

4. Hepler B.R. et coll. Postmortem redistribution : practical considerations in death investigation. Presented at the American Academy of Forensic Sciences: Dallas: 2004. Abstract K-14.

5. Pos Pok P-R. et coll. Cardiac and peripheral blood similarities in the comparison of nordiazepam and bromazepam blood concentrations. *J. Anal Toxicol.* 2008;32:782-786.

6. Crandall C. et coll. The influence of site of collection on postmortem morphine concentrations in heroin overdose victims. *J. Forensic Sci.* 2006;51(2):413-420.

7. Skopp G. et coll. Postmortem distribution pattern of morphine and morphine glucuronides in heroin overdose. *Int J Legal Med* 1996; 109:118-124.

8. Gerostamoulos J. et Drummer O. Postmortem redistribution of morphine and its metabolites. *J. Forensic Sci.* 2000;45(4):843-845.

9. Eunyoung H. et coll. Evaluation of postmortem redistribution phenomena for commonly encountered drugs. *Forensic Science International* 2012;219:265-271.

SUBSTANCE	N	Δ DPM (h)	Δ CONCENTRATION	Δ RATIO	COEFF. CORRELATION
METHADONE	11	21.50±5.69	[SC2] – [SC1] = -101.25±703.23 (p=0.79)	Δ SC / Δ F = 7.30±19.80	-0.99/-0.63 (p=0.011/0.37)
			[F2] – [F1] = 56.25±125.78 (p=0.44)	Δ SC / Δ P = 62.87±99.39	-0.99/-0.95 (p=0.014/0.051)
			[P2] – [P1] = -74.00±81.93 (p=0.17)	Δ F / Δ P = 0.78±5.78	-0.71/-0.32 (p=0.29/0.68)
MORPHINE	3	24.33±0.58	[SC2] – [SC1] = -15.33±28.45 (p=0.45)	Δ SC / Δ F = 1.70±7.06	-0.27/-0.00 (p=0.83/1.00)
			[F2] – [F1] = -0.67±4.51 (p=0.82)	Δ SC / Δ P = -13.00±15.56	NA
			[P2] – [P1] = 1.00±1.00 (p=0.23)	Δ F / Δ P = -0.75±4.60	NA

Tableau 8. Influence du délai post-mortem – Méthode 2 – Groupe « poplité ».

vier]/[poplité] et [fémoral]/[poplité] respectifs suivants : 1.38±0.44, 1.78±0.72 et 1.35±0.49 pour la méthadone et 1.65±0.95, 1.83±0.60 et 1.27±0.45 pour la morphine. Le ratio [sous-clavier]/ [poplité] est statistiquement significatif (supérieur à 1) pour la méthadone.

En particulier, les ratios moyens [fémoral]/[poplité], supérieurs à 1 pour la morphine et pour la méthadone, suggèrent que le site de prélèvement poplité soit encore plus isolé du phénomène de redistribution par rapport au site fémoral, ce dernier étant pourtant considéré comme le prélèvement de choix jusqu'à ce jour.

L'étude de l'influence du délai post-mortem, selon deux méthodes de calcul, n'a pas relevé d'évolutions significatives des ratios de concentrations, ni des ratios de différences de concentrations, ni des concentrations, en fonction du temps, sous réserve d'une population limitée, principalement dans la seconde méthode.

Ceci apparaît compatible avec les principes régissant la redistribution post-mortem, qui nous apprennent que les principaux phénomènes de redistribution surviendraient dans les toutes premières heures suivants le décès¹⁰, puisque le délai post-mortem moyen calculé pour chaque substance au moment des prélèvements respectifs, tant dans la population « générale » [diazépam (n=9) : DPM =20.33±16.97, méthadone (n=23) : DPM=24.70±15.31 et morphine (n=14) : DPM=22.39±19.34], que dans la population « poplitée » [diazépam (n=1) : DPM=39.00, méthadone

(n=11) : DPM=26.11±13.55 et morphine (n=8) : DPM=31.75±19.48], pourrait expliquer cette absence d'influence sur les ratios de concentrations.

Des études complémentaires apparaissent cependant nécessaires, notamment aux fins de comparer le site cardiaque aux autres sites de prélèvements, d'étudier le site poplité sur une plus grande population, de comparer les techniques de prélèvement (prélèvement transcutané ou par dissection/clampage) et d'étudier l'influence du délai post-mortem, selon les deux méthodes, sur une population plus importante. ■

RÉFÉRENCES

- COOK D. et coll. Estimating antemortem drug concentrations from postmortem blood samples : the influence of postmortem redistribution. *J Clin Pathol* 2000;53: 282-285.
- CRANDALL C. et coll. The influence of site of collection on postmortem morphine concentrations in heroin overdose victims. *J. Forensic Sci.* 2006;51(2):413-420.
- EUNYOUNG H. et coll. Evaluation of postmortem redistribution phenomena for commonly encountered drugs. *Forensic Science International* 2012;219:265-271.
- GEROSTAMOULOS J. et DRUMMER O. Postmortem redistribution of morphine and its metabolites. *J. Forensic Sci.* 2000;45(4):843-845.

10. Pelissier-Alicot A. et coll. Op Cit.

- HEPLER B.R. et coll. Postmortem redistribution : practical considerations in death investigation. Presented at the American Academy of Forensic Sciences: Dallas: 2004. Abstract K-14.
- PELISSIER-ALICOT A. et coll. Mechanisms underlying post-mortem redistribution of drugs: a review. *J Anal Toxicol.* 2003;27(8):533-544.
- POS POK P-R. et coll. Cardiac and peripheral blood similarities in the comparison of nordiazepam and bromazepam blood concentrations. *J. Anal Toxicol.* 2008;32:782-786.
- SKOPP G. et coll. Postmortem distribution pattern of morphine and morphine glucuronides in heroin overdose. *Int J Legal Med* 1996;109:118-124.
- YAREMA M. et C. BECKER. Key concepts in postmortem drug redistribution. *Clinical Toxicology* 2005;43:235-241.

L'ÉVOLUTION DE LA RÉPARATION DES DOMMAGES CORPORELS

THE EVOLUTION OF COMPENSATION FOR PHYSICAL INJURY

Par Jacques VITAL DURAND¹

RÉSUMÉ

L'évolution des techniques médicales a permis une meilleure approche des zones lésées et de mieux cerner les incapacités fonctionnelles des personnes blessées. Parallèlement, le droit s'est attaché à une meilleure définition des préjudices qu'il tend à identifier toujours plus finement.

Il distingue désormais préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux, permanents et temporaires entre les victimes directes et indirectes, en référence à la nomenclature dite *Dintilhac*.

Cette grille non législative et indicative a été adoptée par la plupart des Tribunaux et tend depuis sa création en 2005 à être complétée par l'émergence de nouveaux postes de préjudices tels que le préjudice « d'impréparation », le préjudice d'inquiétude et d'angoisse ou encore les troubles dans les conditions d'existence après consolidation.

Mots-clés : Préjudice corporel, Nomenclature Dintilhac, Préjudice d'impréparation, Préjudice d'angoisse, Accidents collectifs.

SUMMARY

The development of medical techniques has enabled a better approach to injured areas and a better understanding of the functional disability of the injured person.

At the same time, the law has become associated with a better definition of the damages which it tends to identify ever more precisely.

It distinguishes henceforth patrimonial and extrapatrimonial, permanent and temporary damages between the direct and indirect victims, according to the so-called Dintilhac nomenclature.

This non-legislative and indicative grading has been adopted by most of the Courts and, since its creation in 2005, it tends to be completed by the emergence of new categories of damages such as the damage due to being "unprepared", the damage of anxiety disorders or in the conditions of existence after consolidation.

Keywords: Physical injury, Dintilhac grid, Anxiety disorder, Lack of information, Mass accidents.

Je remercie le Professeur MALICIER de m'avoir confié ce sujet qui fait le quotidien de notre activité dans la traduction aux plans juridique et financier du rapport du médecin-expert ou de l'expertise contradictoire organisée par l'assureur.

A cet égard, on est passé d'un certain brouillard tant médical que juridique à une meilleure lumière depuis quelques années.

1. Avocat au Barreau de LYON
Spécialisation en Droit du Dommage Corporel, Président de la Commission Droit de la SANTÉ.
Adresse : Selarl VITAL DURAND & Associés, Cabinet d'avocats, 3 rue de Sévigné, 69003 LYON - vital-durand-associes@wanadoo.fr

AU PLAN MÉDICAL

L'évolution des techniques, dont nous avons eu d'excellentes illustrations aujourd'hui, a permis tout d'abord de mieux cerner le préjudice corporel.

L'illustration la plus patente dans la pratique concerne le traumatisme crânien.

L'absence d'imagerie médicale (*IRM, scanner, pets-can...*) ne permettait pas d'affiner l'approche des zones lésées, ce qui conduisait couramment l'expert à conclure à une Incapacité Permanente Partielle de 100 % associée alors à une Incapacité Professionnelle Totale, qui confondait ainsi allègrement l'aspect fonctionnel et l'aspect économique du dommage.

Trente ans plus tard, cette même lésion cérébrale, selon son emplacement, pourra conduire à un Déficit fonctionnel Permanent variant de 30 à 90 % et à une capacité professionnelle limitée mais souvent subsistante.

Que dire encore des progrès dans l'approche du dommage orthopédique, ophtalmologique, psychiatrique ou infectieux que cernent désormais des barèmes d'évaluation plus adaptés qui vont transposer, en termes médicaux-légaux, les degrés de la gravité du préjudice corporel, et dont le plus connu est celui du Concours Médical ou celui de la Société de Médecine Légale et de Criminologie de France.

PLAN JURIDIQUE

L'exigence d'une juste indemnisation associée à cette évolution médicale a conduit à une meilleure prise en compte du préjudice corporel des victimes d'origine les plus diverses : *accidents de la circulation, agressions, accidents de la vie privée, accidents du travail, accidents médicaux, etc.*

Cette évolution s'est développée dans le cadre d'un travail de réflexion émanant de manière prépondérante de Madame le Professeur LAMBERT FAIVRE, relayée par un engagement politique de fond, lequel a abouti en 2005 au dépôt du rapport de la Commission DINTILHAC, duquel a surgi une approche en trois dimensions du préjudice corporel distinguant :

- Préjudice patrimonial (*l'Avoir*) et Préjudice extra-patrimonial (*l'Etre*)
- Préjudice permanent et Préjudice temporaire
- Victimes directes et les Victimes indirectes (*par ricochet*).

Jamais transcrite dans la loi, la nomenclature élaborée par le groupe de travail, présidé par Monsieur DINTILHAC, Président de la 2^e Chambre Civile de la Cour de Cassation, guide désormais la plupart des tribunaux et les praticiens de l'indemnisation en répertoriant les postes d'indemnisation selon des définitions qui peuvent être communément partagées.

Elle est intervenue concomitamment à la réforme opérée par l'article 25 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, qui implique désormais que la liquidation du dommage corporel s'effectue en soustrayant de l'indemnité due au titre de chaque chef de préjudice, la part éventuelle revenant aux tiers payeurs dès lors qu'ils ont versé une prestation correspondante, mais tout en réservant un droit de préférence à la victime, notamment en cas de partage de responsabilité ou dans des hypothèses de perte de chance, ou encore d'accidents du travail ou de versements de pension d'invalidité.

La liste des vingt chefs de préjudices identifiés par la Commission ne limite cependant en aucune manière l'appréciation d'autres postes de préjudice, aucune atteinte ne devant être portée au principe de réparation intégrale du préjudice corporel de la victime maintes fois rappelé par la Cour de Cassation.

C'est dans ces conditions que sont apparus de nouveaux postes de préjudice parmi lesquels il convient de citer :

1. LE PRÉJUDICE « D'IMPRÉPARATION »

Par un revirement de Jurisprudence sur l'obligation d'information du médecin, la perte de chance a cédé le pas au préjudice « *d'impréparation* » sur le fondement de la responsabilité délictuelle en vertu d'un arrêt rendu par la 1^{re} Chambre Civile de la Cour de Cassation le 3 juin 2010, n° 09-13.591.

Jusque là « *le seul préjudice indemnisable à la suite du non-respect de l'obligation d'information du médecin, laquelle a pour objet d'obtenir le consentement éclairé du patient, était la perte de chance d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé* ».

Désormais par cet arrêt, la Cour de Cassation admet la solution selon laquelle **l'absence d'information du patient cause, en elle-même, un préjudice indemnisable, sur le fondement de la responsabilité délictuelle.**

Un nouveau dommage moral est reconnu : « *le préjudice d'impréparation* ».

Dans le cas d'espèce, s'agissant d'une opération intervenue d'une douloureuse tumeur, constituée par un adénome de la prostate, les Juges avaient exonéré le médecin de toute responsabilité, ses soins ayant été conformes aux données acquises de la science et aucun manquement fautif ne pouvant être retenu à son encontre.

Toutefois, et bien qu'il n'ait pas existé d'alternative à l'adénomectomie pratiquée eu égard aux dangers d'infection que faisait courir la sonde vésicale, le patient a reproché avec succès au médecin un manquement à son obligation d'information sur les risques d'une telle opération en termes de troubles érectiles.

2. LE PRÉJUDICE « D'ANGOISSE OU D'ANXIÉTÉ »

Ce dernier avait été admis de manière limitée pour les salariés victimes d'une contamination à l'amiante se trouvant du fait de leur emploi « *dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante* », caractérisant ainsi « l'existence d'un préjudice spécifique d'anxiété », (Voir par exemple Cour de Cassation – Chambre Sociale 4 décembre 2012).

Il prend désormais sa totale autonomie, se détachant de la seule réparation du Pretium Doloris ou du Déficit Fonctionnel qui réparait pourtant les souffrances physiques mais également morales de la victime.

Désormais, la Jurisprudence évalue distinctement le préjudice constitué par les souffrances endurées du fait de blessures et celui lié à la souffrance psychique résultant d'un état de conscience suffisant pour envisager sa propre fin : c'est-à-dire de l'**angoisse d'une mort imminente entre le moment de l'accident et le décès**.

Ce chef de préjudice a été reconnu récemment par des tribunaux du fond pour des victimes indirectes en l'occurrence des parents vivant dans l'inquiétude et l'angoisse avant d'être fixés du sort de leur enfant accidenté pendant plusieurs heures.

3. TROUBLES DANS LES CONDITIONS D'EXISTENCE APRÈS CONSOLIDATION

Tout le monde s'accorde à leur indemnisation avant consolidation.

Ils ont désormais vocation à être indemnisés **APRÈS consolidation** par la valorisation du Déficit Fonctionnel Permanent.

Lors des opérations d'expertise le médecin-expert va souvent s'appuyer sur le seul barème d'incapacité pour définir le Déficit Fonctionnel Permanent, comme il le faisait avant l'application de la nomenclature DIN-TILHAC pour l'Incapacité Permanente Partielle (l'IPP).

Or, le Déficit Fonctionnel Permanent inclut désormais dans son chiffrage la douleur après consolidation – étant rappelé que l'appréciation du poste des Souffrances Endurées doit se faire jusqu'à la consolidation – tandis qu'encore une fois le Déficit Fonctionnel Permanent inclut dans son chiffrage la douleur après consolidation, majorant ainsi le poste Déficit Fonctionnel Permanent qui doit inclure également la perte de *qualité de vie et les troubles dans les conditions d'existence* selon l'équation :

DFP = IPP + SE après consolidation + perte de qualité de vie + troubles dans les conditions d'existence, (et non pas DFP = IPP).

4. L'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES RÉSULTANT D'ACCIDENTS COLLECTIFS OU DE CATASTROPHES

En dépit de la volonté contraire du législateur dans ses travaux préparatoires de la réforme de la responsabilité civile, les tribunaux ont d'ores et déjà introduit la réparation du préjudice collectif jusque là cantonné à des hypothèses de dommages écologiques.

Aujourd'hui les victimes d'accidents collectifs et de catastrophes sont indemnisées dans des proportions majorées liées aux circonstances de l'accident.

En matière d'accidents aériens (crash du Concorde), d'accidents industriels (AZF), d'accidents ferroviaires, accidents maritimes (passerelle du Queen Mary), accidents téléphériques (Pic de Bure) perturbent les mécanismes classiques du droit commun et demandent une adaptation de celui-ci tant en ce qui concerne la recherche de la vérité, la désignation des responsables, que l'indemnisation des victimes.

Le traitement judiciaire d'indemnisation d'un accident collectif répond à certaines spécificités, sa qualification étant donnée par le droit des catastrophes qui utilise la règle des trois unités de temps, de lieu et d'action (« *la prise en charge des victimes d'accidents collectifs* » guide méthodologique du Ministère de la Justice).

Le « *préjudice spécifique d'anxiété ou d'angoisse* » lié au caractère collectif du sinistre, est reconnu par les tribunaux du fond pour les victimes directes ou par ricochet qui vont subir un traumatisme psychologique d'une intensité telle qu'il confine à l'irréversible (*troubles du sommeil, reviviscences, cauchemars, crises d'angoisse, etc*).

CONCLUSION

Les rencontres de l'Association permettent de réfléchir aux méthodes d'évaluation propres à faciliter l'indemnisation des victimes en concertation avec tous les professionnels concernés par la réparation des dommages corporels.

L'évolution de la réparation des dommages corporels en tant que discipline progresse vers son but ultime de protection des droits des victimes par le droit positif selon la formule consacrée dans de très nombreux arrêts par la Jurisprudence, à savoir que :

« *Le propre de la responsabilité est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage, et de placer la victime, aux dépens du responsable, dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu* ».

Toutefois l'expert médical devra veiller à ce que cette fragmentation des postes de préjudices ne conduise pas à un chevauchement de nature à entraîner une double indemnisation de la victime. ■

SUBSTANCES VOLATILES EN *POST-MORTEM* GASES AND VOLATILES IN *POST-MORTEM TOXICOLOGY*

Par J.M. GAULIER¹

RÉSUMÉ

En toxicologie *post-mortem*, les gaz et les substances volatiles sont impliqués dans des expositions involontaires (professionnelles, accidentelles) ou volontaires (suicides, sniffings, crimes). La qualité des prélèvements est primordiale, mais il y a peu de difficultés lors de l'étape analytique (qui repose sur des techniques d'headspace-chromatographie gazeuse-spectrométrie de masse). Néanmoins, l'interprétation des résultats est généralement limitée et délicate.

Mots-clés : Gaz, Substances volatiles, *Post-mortem*.

SUMMARY

In post-mortem toxicology, gases and volatiles are related to involuntary exposure (e.g. occupational and accidental) and to voluntary exposure (e.g. suicides, volatile substance abuse and crimes). There is a critical importance of the quality of sampling but only few pitfalls in analyses (using headspace gas chromatography-mass spectrometry). Nevertheless, the routine interpretation of the results is limited and should be performed with caution.

Keywords: Gas, Volatiles, *Post-mortem*.

Dans un contexte d'expertise toxicologique *post-mortem*, les gaz et substances volatiles peuvent être impliqués dans divers cas : expositions involontaires (expositions professionnelles, intoxications accidentelles), ou volontaires (autolyses, « sniffing », crimes). L'auteur se propose de balayer de manière non exhaustive certaines de ces situations à travers quelques

exemples issus de la littérature et de dossiers personnels.

Quel que soit le contexte, l'étape clé demeure la réalisation des prélèvements biologiques. Ces prélèvements doivent être précoces et réalisés dans des contenants étanches, idéalement de type « head-space », et entièrement remplis lorsqu'il s'agit de tissus liquides. Les prélèvements essentiels sont généralement les échantillons de sang (sang cardiaque et périphérique), d'urine, de contenu gastrique, de poumons, de cerveau... Idéalement, leur conservation pré-analytique doit être réalisée à - 20 °C.

Les recherches et/ou dosages de substances volatiles reposent essentiellement sur des méthodes chromatographiques avec détection par spectrométrie de masse avec injection de type « head-space » (HS-CG-SM). Un étalonnage interne ou externe, ainsi que différentes colonnes de chromatographie, peuvent être envisagés. Enfin, d'autres méthodes analytiques peuvent parfois être mises en œuvre, notamment pour la recherche de leurs métabolites.

La première difficulté de l'interprétation des résultats consiste dans le fait que certaines substances volatiles (alcools, cyanures...) peuvent être issues du phénomène de putréfaction. De même, une contamination *post-mortem* des échantillons par des substances volatiles est parfois possible dans certaines situations (incendie, explosion...), par diffusion passive et/ou redistribution *post-mortem*. *A contrario*, ces substances volatiles peuvent se révéler indétectables lors des analyses : elles sont parfois rapidement éliminées et/ou métabolisées rapidement, et elles peuvent bien entendu se volatiliser au cours de la période *post-mortem*. Finalement, il est régulier que l'interprétation ne repose uniquement que sur leur détection, et, ce n'est que dans de rares cas qu'une interprétation des concentrations mesurées peut être réellement envisagée.

En conclusion, la recherche et/ou le dosage *post-mortem* des substances volatiles doit prendre en compte de nombreux facteurs, et l'interprétation est rarement formelle. ■

1. Service de Pharmacologie et Toxicologie, CHU Dupuytren, Limoges, France

L'ÉVOLUTION EN FRANCE DE L'OBLIGATION D'INFORMATION EN MATIÈRE MÉDICALE

EVOLUTION OF MEDICAL LIABILITY FOR ETHICAL MISCONDUCT IN FRANCE

Par Olivier GOUT¹

RÉSUMÉ

Lorsqu'on étudie la responsabilité médicale pour manquement à l'obligation d'information, il convient non seulement de s'intéresser au contenu de cette obligation mais aussi aux sanctions en cas de non respect.

S'agissant du contenu de l'obligation d'information, la question qui revient le plus souvent sur la scène juridique est de savoir quels risques doivent être portés à la connaissance du patient. La jurisprudence semble aujourd'hui poser en règle que tous les risques connus par le médecin sont à communiquer au malade.

S'agissant des sanctions encourues pour manquement à l'obligation d'information, la Haute juridiction française a consacré le droit à l'indemnisation de la victime en s'appuyant sur les droits fondamentaux de cette dernière.

Mots-clés : Responsabilité médicale, Obligation d'information, Contenu de l'obligation d'information, Indemnisation de la victime, Droits fondamentaux des victimes.

SUMMARY

When we study medical liability for medical misconduct it is necessary to talk about the content of the obligation

of information and about penalties in case of non-compliance.

Concerning the content of the obligation, one of the key questions was to know the nature of the risks which have to be mentioned to the patient. Today, when we observe the jurisprudence, we realize that the only condition is that all the risks known by the doctor have to be communicated to the patient.

Concerning the penalty for breach of information the Supreme Court has created a kind of presumption of prejudice binding the obligation of information to fundamental rights such as the protection and the dignity of the human being and the integrity of the human body. This now makes it possible to automatically punish the failure in information by sentencing the doctor to compensate the victim.

Keywords: Medical liability, Obligation of information, Content of obligation of information, Penalty for breach of information, Fundamental rights.

Au-delà des fautes dites de technique médicale, la responsabilité du professionnel de la santé peut être recherchée pour un manquement aux obligations éthiques dont il est tenu à l'égard de son patient, obligations consistant principalement à l'informer sur sa santé et sur les risques d'un acte médical afin de recueillir son consentement éclairé. Si l'on souhaite faire un rapide point sur l'évolution de l'obligation d'information en matière médicale, il est possible de relever deux faits marquants. D'abord une extension de son champ d'application (I). Ensuite un durcissement de la sanction en cas de non respect (II).

1. Professeur de droit privé à l'Université Jean Moulin - Lyon 3.

I – EXTENSION DU CHAMP D'APPLICATION DE L'OBLIGATION D'INFORMATION

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a réalisé une importante innovation en codifiant les règles relatives à l'information du patient. L'effet principal de cette loi est d'imposer des règles identiques quel que soit le cadre de la relation unissant le patient et le médecin : relations de droit privé ou administratif, cadre individuel ou hospitalier.

Le droit français se caractérise par une approche très large du contenu du droit à information du patient, tant dans son étendu temporelle que dans son contenu intrinsèque. Les différents textes prévoyant l'obligation pour le médecin d'informer son patient imposent en effet une obligation de renseignement portant sur les différentes phases de l'acte médical :

- **information sur l'état de santé du malade** (diagnostic, résultats d'examen),
- **information sur l'acte médical entrepris** (nature, risques, alternatives thérapeutiques, mais aussi sur le coût),
- **et information dans le domaine post-opératoire** (compte rendu de l'intervention, subsistance de risques résiduels ou nouveaux risques identifiés).

La loi prévoit également, **dans l'hypothèse d'une exécution dommageable de l'acte médical**, une obligation d'information sur les circonstances et les causes de cet accident.

La question qui a suscité le plus de contentieux est toutefois celle qui porte sur la nature des risques dont le malade doit être averti.

Après avoir limité l'information aux seuls risques courants de l'acte médical, la Cour de cassation puis le Conseil d'État ont opéré un revirement de jurisprudence en affirmant la nécessité d'informer le patient de tous les risques graves de l'acte médical, même si ceux-ci ne se réalisent qu'exceptionnellement. Cette solution a été reprise par le législateur, (article L. 1111-2 du Code de la santé publique), prévoyant désormais une information sur les risques « *graves normalement prévisibles* » qui s'ajoute d'ailleurs à celle sur les risques fréquents. C'est donc un critère statistique qui doit être pris en compte. La seule condition est que ce risque soit connu du médecin.

Si l'obligation d'information est particulièrement étendue, celle-ci peut, dans des circonstances particulières, voir son champ élargi ou restreint.

Ainsi les **obligations** des professionnels de santé **s'accroissent** lorsque la nécessité thérapeutique de l'acte entrepris s'atténue. Ainsi en est-il, par exemple, dans le domaine de la chirurgie esthétique ou des recherches biomédicales.

L'**obligation d'information** se trouve en revanche **restreinte** dans les hypothèses d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé. Il n'existe plus

désormais de pouvoir de dissimulation à l'initiative du médecin.

II – DURCISSEMENT DES SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE MANQUEMENT À L'OBLIGATION D'INFORMATION

Le médecin ne satisfaisant pas à son obligation d'information commet une faute susceptible d'engager sa responsabilité. Le malade peut donc introduire une action en indemnisation qui obéit le plus généralement aux principes généraux régissant la responsabilité médicale, sous réserve de particularismes intéressant la preuve de la faute et l'identification du préjudice réparable dont nous allons dire quelques mots.

La preuve de la faute

Si pendant longtemps le droit français exigeait du patient la charge de la preuve du manquement à l'obligation d'information, la règle a été inversée à la fin des années 1990 par les hautes juridictions françaises. La solution est aujourd'hui consacrée par la loi (article L. 1111-2, alinéa 7 CSP).

La preuve de la délivrance de l'information peut être rapportée par tout moyen : par écrit, mais également par présomptions, témoignages, ou aveu. Pour autant, l'écrit s'est généralisé car il permet au médecin de se préconstituer la preuve du juste respect de ses obligations. Il n'en demeure pas moins que les formulaires de consentement ne doivent pas être signés mécaniquement. Le médecin doit toujours vérifier la compréhension du patient. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un écrit a été signé par un patient que le médecin est à l'abri de toute action en responsabilité. Mais quel risque exactement le médecin ?

Le préjudice réparable

Dans un premier temps, les juridictions françaises ont indemnisé la victime au titre du préjudice de perte d'une chance. Cette solution leur permettait d'intégrer les doutes pouvant exister quant au choix qu'aurait finalement opéré le patient frustré de son droit à l'information. Il n'est en effet pas certain que le patient correctement informé aurait refusé l'acte de soins lui ayant causé son dommage.

Sauf que ce mode de raisonnement conduisait le plus souvent à n'allouer aucune indemnisation au patient parce qu'on présumait le plus souvent que, malgré les risques inhérents à l'acte médical, le patient aurait accepté cet acte. Ceci a conduit le droit français à emprunter un autre chemin.

Ainsi, dans un arrêt très remarqué, la Cour de cassation a affirmé en 2010 que «...le *non-respect du devoir d'information* [...] cause à celui auquel l'information

était légalement due, un préjudice... que le juge ne peut laisser sans réparation ». Le revirement de jurisprudence est on ne peut plus net. On est en effet passé d'une obligation souvent dépourvue de sanction à une sanction devenue obligatoire. Le préjudice subi par la victime serait ainsi inhérent au droit violé et ouvrirait de ce fait systématiquement droit à la réparation, le droit à l'information se rattachant à des droits fondamentaux tels que la sauvegarde et la dignité de la personne humaine ainsi que l'intégrité du corps humain. La question du montant de l'indemnisation octroyée reste toutefois entier. En janvier 2014 cependant, la

Cour de cassation est venue affiner sa position en consacrant l'idée de « préjudice d'impréparation » qui consiste à indemniser le choc subi par la victime en apprenant qu'un risque ignoré s'est réalisé. L'idée est que la souffrance aurait été atténuée si le patient avait pu se « préparer » aux aléas inhérents à tel ou tel acte de soins. Cette analyse présuppose donc la survenance d'un dommage pour que la victime puisse prétendre à indemnisation.

En consacrant cette solution, la Haute juridiction civile rejoint l'analyse du juge administratif qui avait lui aussi fait évoluer sa jurisprudence en 2012. ■

LA PLACE NÉCESSAIRE DE L'AVOCAT AUX OPÉRATIONS D'EXPERTISE

THE NECESSARY ROLE OF THE LAWYER IN OPERATIONS OF EXPERTISE

Par M. LOISEL¹

RÉSUMÉ

Lors de l'expertise et plus précisément celle médicale qui fait l'objet de notre étude l'expert doit dresser à l'image du peintre un tableau figuratif aussi fidèle que possible du modèle qu'est la victime. Afin de l'aider dans cette tâche particulièrement ardue l'avocat joue un rôle non négligeable.

Il doit demeurer vigilant pour que les postes de préjudices devant être fixés sur la toile, ne soient pas néanmoins réduits ou minimisés.

Mots-clés : Dommage corporel, Evaluation du préjudice, Expertise médicale, Pierre angulaire, Avocat, Porte-parole, Enquêteur, Gardien de la loi, *In concreto*.

SUMMARY

During the medical expertise, the expert has to "draw up" like a painter as faithful a picture as possible of the model who is the victim. The expertise forms the cornerstone of the compensation of damages because it solves the question relative to responsibility (in medical cases), the link of causality.

The lawyer has a significant role to help the expert in this difficult task. He must remain vigilant so that the categories of damage that must be painted on the canvas are not however reduced or minimised.

Keywords: Injury, Injury assessment, Medical expertise, Cornerstone, Lawyer, Spokesman, Investigator, Guardian of the law, Conversion.

1. Avocat libéral - collaboratrice de la SELARL LAVOCAT
10 rue Malesherbes, 69006 LYON

De prime abord, une précision doit être apportée, l'éclairage fait aujourd'hui est celui de l'avocat de victime dont le rôle est comparable à un artisan qui construit une maison. Son but est de faire respecter le principe de la réparation intégrale du préjudice. C'est pour y aboutir que tel un maître d'œuvre rigoureux, il doit poser des fondations solides au stade de l'expertise.

En revanche, l'avocat des compagnies d'assurances dont la tâche est tout aussi difficile, sera à l'inverse de trouver les failles éventuelles de la bâtisse « indemnisation » et de démolir la construction juridique de son confrère.

Il y a encore quelques années, la présence de l'avocat aux opérations d'expertise médicale était discutée, étant donné qu'il n'a pas la qualité du technicien saisi, soit de médecin. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, sans doute grâce aux avancées techniques, au développement de la matière (nomenclature Dintilhac), il y a eu une prise de conscience :

L'expertise constitue la pierre angulaire de l'indemnisation du préjudice.

Elle est en effet l'étape indispensable pour obtenir réparation d'un dommage corporel et ce pour trois raisons majeures :

1°) Elle présente un enjeu incontestable puisqu'elle répond à la question de l'imputabilité c'est-à-dire, en permettant d'établir ou d'écarter le lien de causalité entre le fait générateur et les préjudices.

* **Exemple flagrant et médiatique :** Le Médiateur... Encore faut-il avoir une expertise judiciaire et ne pas voir la réclamation quasi-systématiquement évacuée

par le collège spécifique de l'ONIAM sous couvert d'arguments contestables.

2°) De plus, l'expertise est un moment crucial au cours duquel l'expert doit procéder à l'évaluation des postes de préjudices de la victime. Ainsi, il appartient à l'avocat de s'assurer que cette évaluation ne soit pas tronquée.

* **Veiller notamment aux postes ayant des implications importantes** : besoins en tierce personne, préjudice professionnel, etc.

3°) Mais, évaluation il n'y a qu'à la condition qu'une responsabilité soit préalablement reconnue. Et justement, dans certains cas, et principalement en matière médicale, il reviendra à l'expert d'identifier l'existence ou non d'une responsabilité (pour ou sans faute).

* **Risque de manque de neutralité** s'il n'y a que des médecins à l'expertise.

Ainsi, ces questions de responsabilité, d'imputabilité et d'évaluation mettent en exergue l'importance fondamentale de l'expertise médicale en termes de justice indemnitaire.

C'est pourquoi, l'avocat a un rôle à tenir qui présente multiples facettes. Il ne s'agit pas pour lui de prendre une place qui n'est pas la sienne.

Par son intervention, tout en nuance, suivant les étapes de l'expertise et les interlocuteurs [...]. Il n'est certainement pas un simple figurant, mais pour autant l'acteur principal demeure la victime auprès duquel il gravite.

1^{re} FACETTE : IL DOIT PORTER LA PAROLE DE LA VICTIME. Et pour comprendre et appréhender celle-ci, il doit en amont de la réunion d'expertise, constituer un dossier avec les documents utiles. En qualité d'intermédiaire, il doit également informer la victime sur le déroulé des opérations d'expertise. Il fait aussi le relais avec le médecin de recours.

Comme l'indiquait très justement Maître ARCADIO à ce sujet, « *l'avocat est le fil d'Ariane de la victime dans le maquis de l'évaluation médico-légale* », d'autant que cette victime n'a pas toujours la capacité d'exprimer avec clarté et précision ce qu'elle a perdu : qualité de vie, ce qu'elle a subi : souffrances endurées, etc.

* **Exemples** : grande pudeur de la victime liée au préjudice sexuel, mutisme et honte pour les victimes de viols.

Telle une sentinelle, il doit alors veiller pour déceler chez son client l'ensemble des répercussions fonctionnelles et situationnelles.

Afin de les mettre en évidence, il est nécessaire pour lui de faire intervenir des professionnels qualifiés : médecin de recours, neuropsychologue, psychologue, ergothérapeute...

Lors de la réunion d'expertise, il lui appartient ensuite de suggérer à l'expert de faire appel à des spécialistes, compte tenu des éléments de preuve le justifiant.

Cela nous amène à la 2^e **FACETTE** du rôle de l'avocat.

Pour démontrer la réalité des préjudices subis par la victime, **IL DOIT EMPRUNTER LA CASQUETTE DE L'ENQUÊTEUR.**

L'administration de la preuve est en effet à la charge de la personne qui affirme avoir souffert à la suite d'un accident ou d'une agression.

Il importe donc par crédibilité auprès de l'expert et pour que soit reconnue l'existence de chaque préjudice avancé, de produire la pièce qui le justifie. Ces preuves sont aussi indispensables pour établir une responsabilité et/ou une imputabilité. Il est donc impératif de stimuler la victime afin d'obtenir son dossier médical le plus complet possible.

De la sorte, l'avocat porte à la connaissance de l'expert :

- les éléments purement objectifs (existence d'un état antérieur, chronologie de la prise en charge, examens réalisés) ainsi que
- les éléments plus subjectifs (mémoire relatif aux troubles dans les conditions d'existence, descriptifs des doléances, attestations, photographies, etc.).

TROISIÈME PLACE que doit prendre l'avocat, celui en tant qu'auxiliaire de justice, de **GARDIEN DE L'IDÉE DE RÉPARATION INTÉGRALE DU PRÉJUDICE.** A cette fin, il doit empêcher les processus privatifs de droits : éviter le piège de l'arbitrage réducteur ou une expertise amiable souvent dirigée par une mission AREDOC lacunaire (parmi les postes de préjudices n'apparaissent pas : les besoins en tierce personne avant consolidation, le préjudice esthétique temporaire, le préjudice d'établissement, la possibilité de reconversion professionnelle) et où le dialogue n'est pas toujours équilibré (en l'absence du médecin conseil de victime, pas de contradictoire).

Il a aussi un rôle majeur pour le choix d'une mission d'expertise judiciaire complète, devant respecter la nomenclature Dintilhac. Revenant à la métaphore du tableau, l'avocat vient garantir le respect des règles de l'art lors de la réalisation de la peinture avec toutes ses spécificités. Ainsi, il vérifie que la mission soit adaptée aux séquelles de la victime, pour exemple le cas d'un traumatisé crânien, nécessite la mission spécifique dite VIEUX.

Si l'expert n'a pas de formation purement juridique, les conséquences judiciaires de son rapport impliquent par ailleurs que l'avocat soit le garant des principes de droit et du respect des devoirs éthiques :

impartialité, objectivité, principe du contradictoire, respect du secret médical, et des éléments de la vie privée, respect de la dignité.

* **Exemple** : Cas exceptionnel d'un expert qui a accédé au dossier médical sans l'accord du patient, pour finalement imputer les préjudices à un état antérieur sans lien avec les séquelles présentées. En cas de non-respect, l'avocat doit utiliser les armes juridiques pour y remédier (dire, dénoncer au juge chargé des expertises, récusation, dépôt de plainte, alerte de l'Ordre des médecins).

Enfin, s'il a su être porte-parole de la victime, enquêteur des données factuelles et gardien de la loi, enrichi par chacun de ces rôles, il reste à l'avocat **UN DERNIER ACTE** à jouer lors du débat indemnitaire. Il lui revient d'**AIDER L'EXPERT À CONVERTIR LA LÉSION EN HANDICAP, LE DOMMAGE EN PRÉJUDICE**.

Autrement dit, il doit préserver une mesure individuelle/subjective du handicap de la victime, comme celle-ci est une interaction avec un environnement et non une simple lésion (éclairer avec les évolutions jurisprudentielles). Reprenant une dernière fois la métaphore du tableau, il s'agit de tenir compte de l'importance des nuances : les ombres, les reflets etc...du modèle et de faire en sorte qu'elles soient incorporées au tableau pour la transformer en une œuvre unique...

A l'image d'un chef d'œuvre qui transmet des émotions, un bon rapport doit finalement faire apparaître la victime dans toute sa fragilité.

L'avocat doit agir de sorte que l'humanisme reste au cœur de l'arène expertale. D'ailleurs, d'un point de vue terminologique, le mot réparation n'est peut-être pas le plus approprié. On répare une chose mais pas une personne qui ne se compare pas comme le souligne Maître GUILLERMOU.

Et si l'expert peut parfois avoir l'impression que les plaintes de la victime ont un caractère stéréotypé, une empreinte d'un langage médiatique ou paraissent être des allégations excessives, l'avocat doit l'inviter à maintenir une écoute attentive auprès de la victime pour que sa dignité soit préservée.

* **Exemples** : Cas où il y a nécessité d'une tierce personne 24/24 mais aussi d'un système de télé-alarme, Il n'existe pas de vase communicant entre les besoins en tierce personne et les aides techniques. Il est indispensable de mettre en situation loin du bureau de l'expert

afin de pouvoir visualiser quand la victime est confinée chez elle (question de vie sociale et de sécurité).

En définitive... c'est un rôle incontesté à plusieurs visages : Critique artistique, porte-parole, veilleur, enquêteur, gardien, transcripteur...

L'avocat doit savoir « naviguer entre tact et sensibilité en évitant complaisance et hypocrisie ». ■

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Evaluation du préjudice corporel : Stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation 1^{re} édition 2010 Delmas Gisèle Mor, Blandine Heurton.

L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel 3^e édition, 2011 Elsevier Masson, Jacques Hureau and Dominique G. Poitout.

Droit du dommage corporel, Précis Dalloz, 2011, Lambert-Faivre, Porchy-Simon.

L'évaluation du préjudice corporel, 2011 LexisNexis, Le Roy, Le Roy, Bibal.

Travaux / Articles

La nomenclature DINTILHAC Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, 2005.

Regards croisés pour une nouvelle expertise médicale issue de la nomenclature Dintilhac Article écrit par Patrick HIVERT, Médecin conseil des victimes à Lyon, Dominique ARCADIO et Jean-Michel GRAND-GUILLOTTE Avocats et publié dans La Gazette du Palais dimanche 17 au mardi 19 juin 2007.

L'expert médical, l'avocat et « le syndrome du sac plastique » Article écrit par Dominique ARCADIO et publié à la Gazette du Palais des 30 et 31 janvier 2009, page 15.

L'expertise de la victime d'un traumatisme crânien, quelques remarques, principes et difficultés publié dans la revue EXPERT Maître GUILLERMOU en avril 2011.

Consultations de revues spécialisées

Gazette du Palais, Dalloz

Barème d'évaluation médico-légale (du concours médical 2001)

Sites

Légifrance.fr

Dalloz.fr

DÉCÈS PAR COUP DE FEU À GENÈVE, SUISSE : 2001-2010

GUNSHOT DEATHS IN GENEVA, SWITZERLAND: FROM 2001 TO 2010

R. LA HARPE¹, N. BEN MOHAMED¹, S. BURKHARDT¹

COMMUNICATION

RÉSUMÉ

Nous avons effectué une étude rétrospective de l'ensemble des décès par arme à feu survenus à Genève (Suisse), sur une période de dix ans (2001-2010). Les 133 cas examinés ont été classifiés selon la nature du décès, soit en suicide (106 cas), homicide (25 cas) et accident (2 cas). Différentes données apportées par l'autorité de police et l'examen médico-légal des corps ont été étudiées, dont notamment l'âge et le sexe des victimes, le lieu de l'événement, le type d'arme en cause, la prise ou non concomitante d'alcool et/ou autres drogues, la saisonnalité et le site d'entrée. Ces différents éléments ont été confrontés aux données retrouvées dans la littérature.

Mots-clés : Coup de feu, Homicide, Genève, Suisse.

SUMMARY

We have conducted a retrospective study of all gunshot deaths that occurred in Geneva, (Switzerland), over a 10-year period (2001-2010). The 133 cases reviewed were classified according to the manner of death, i.e. suicide (106 cases), homicide (25 cases) and accident (2 cases). Various data from police authorities and the medico-legal examinations of the bodies were studied, including the age and sex of the victims, location of the event, type of firearm used, concomitant use or non-use of alcohol and/or other drugs, seasonality and entry site. These various elements were compared with data found in the literature.

Keywords: Gunshot, Homicide, Geneva, Switzerland.

Diverses études concernant les décès par arme à feu ont été retrouvées dans la littérature, la plupart d'entre elles traitant le risque de suicide, homicide ou accident, particulièrement chez les enfants ou les adolescents [1], risque lié à la présence d'armes à feu à domicile et d'un accès facile à ce type d'objet [2], dans un but d'amélioration de la prévention dans ce domaine [3]. Une telle approche n'a pas pu être examinée dans le cadre de notre étude, du fait que les renseignements nécessaires n'étaient pas ou rarement disponibles.

Notre étude montre une nette prédominance, sur la période étudiée, de suicides, suivi par les homicides et avec seulement deux cas d'accident. Cette proportion reflète ce que l'on trouve généralement dans la littérature européenne [4] et australienne [5]. Aux Etats-Unis, cette répartition est inversée, avec une prédominance d'homicide sur les suicides [6].

D'une manière plus générale, cette inversion avec les Etats-Unis est confirmée dans le sens que seulement 36 % de tous les cas d'homicide à Genève sont perpétrés avec une arme à feu, contrairement aux Etats-Unis [7] où 66,1 % des homicides sont causés par une arme à feu. Il est aussi à relever que pour les suicides par arme à feu, il existe cette même inversion entre Genève, où seulement 16 % des cas de suicide sont effectués avec une arme à feu, contrairement aux Etats-Unis [8] où cette proportion est de 59,8 %. Il est à relever que la plupart des études mentionnent un certain nombre de cas d'origine « indéterminée », c'est-à-dire pour lesquels les circonstances du décès n'ont pas pu être déterminées avec certitude. Une telle catégorie n'est pas représentée dans notre travail, du fait qu'une information concernant les circonstances du décès nous a toujours été fournie par l'autorité judiciaire.

L'évolution dans le temps a été assez stable avec toutefois une discrète tendance à la baisse du nombre total de décès concernant les suicides par arme à feu, probablement en raison du changement de la loi de 2007, empêchant les militaires encore « en service » de rentrer chez eux avec leur munition.

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

Comme c'est généralement le cas, les décès par arme à feu intéressent essentiellement les hommes. Cette différence est très nette en ce qui concerne les suicides (94,3 % d'hommes), alors qu'elle est moins nette en ce qui concerne les homicides, puisque nous avons observé que 64 % des victimes d'homicide étaient des hommes.

Nous avons également constaté que, d'une manière générale, les meurtres par motif passionnel ont lieu davantage dans les pays du sud de l'Europe, alors qu'en Suisse, dont Genève, les homicides sont, de manière générale, le plus souvent liés à des causes financières, de mœurs et/ou de drogue.

Les accidents sont uniquement le cas de personnes de sexe masculin (2 cas sur 2), lesquels ont plus d'attrait pour les armes à feu que les femmes.

Les personnes qui se suicident par coup de feu sont, de manière générale, d'âge moyen. Cette même tendance est également observée pour les homicides, à l'exception de la tranche d'âge 10-19 ans pour laquelle on observe également un pic. Ceci pose donc un problème de prévention, puisqu'il est démontré que la disponibilité d'une arme au domicile augmente considérablement le risque d'accident de ce type parmi les jeunes. C'est donc aux parents porteurs d'arme à feu d'en être conscient, de rester vigilant, de s'assurer que la ou les armes qu'ils possèdent ne soient pas à portée de mains des enfants ou des adolescents. Il est également décrit que le fait de posséder une arme à feu à domicile augmente le risque de suicide, d'homicide ou d'accident et que ces armes, dont le but premier serait de se défendre en cas d'éventuelle attaque extérieure, ne sont que rarement utilisées à cette fin.

Nous n'avons malheureusement pu obtenir de détails précis concernant le type d'arme que dans la moitié des cas de décès analysés. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'une arme de poing (pistolet ou revolver), comme c'est généralement le cas dans la littérature, plus facilement maniable et pouvant mieux être dissimulée.

Nous avons constaté que la majorité des personnes qui se suicident à l'aide d'une arme à feu le fait à domicile ou dans un lieu proche ou apparenté, ceci peut-être par souci d'être retrouvé rapidement ou dans un but démonstratif par rapport à ses proches. Les homicides ont également le plus souvent lieu au domicile de la victime et/ou de l'agresseur, mais nous avons davantage observé d'homicides que de suicides sur la voie publique, probablement du fait que la plupart des homicides n'étaient pas prémédités.

Les suicides par arme à feu surviennent plus fréquemment en automne, alors que les suicides, en général, surviennent davantage au printemps (avril, mai). Par contre, l'effet protecteur des beaux jours et du soleil pourrait jouer un rôle dans les homicides par arme à feu, puisque l'on observe davantage de ces cas en automne et en hiver.

L'étude de la localisation des plaies d'entrée dans les cas de suicide par arme à feu a montré une très nette prédominance des coups tirés dans la tête, particulièrement au niveau temporal droit et, dans une moindre mesure, dans la cavité buccale. Des études américaines rapportent les mêmes conclusions. Il faut cependant rester prudent et éviter toute conclusion hâtive quant aux circonstances de décès, car, bien qu'une localisation temporale droite évoque fortement un suicide, elle pourrait également relever d'un homicide lorsque, par exemple, la victime est surprise dans son sommeil ou si le coup a été tiré à bout portant ou touchant. Dans ces cas, l'orientation de la trajectoire pourrait apporter de précieux indices. Les suicides effectués avec des coups de feu au niveau du thorax sont moins fréquents, probablement par crainte de ne pas parvenir à ses fins, d'agoniser inutilement ou même de survivre, alors que cette région est un choix de prédilection, de même que le front, pour les homicides.

En principe, la plupart des décès par coup de feu est caractérisée par une seule plaie d'entrée. Pour les suicides, nous avons eu quelques rares cas avec deux et même trois plaies d'entrées, ce qui peut être expliqué par un projectile n'ayant, dans un premier temps, pas atteint d'organe vital ou laissant encore un certain temps de conscience, alors que pour les homicides, nous avons observé des cas jusqu'à 6 orifices d'entrées. Comme l'on pouvait s'y attendre, les organes dont les lésions ont le plus souvent entraîné la mort étaient très nettement le cerveau, puis le cœur.

En ce qui concerne la prise concomitante d'alcool, de drogue ou de médicaments dans les cas par décès suite à un coup de feu, il est intéressant de relever que seulement un tiers des cas s'est révélé positif pour l'alcool et 19 % pour des benzodiazépines, alors que ces deux substances sont généralement davantage présentes dans les cas de décès par coup de feu. Naturellement, il aurait été également intéressant de connaître l'influence d'alcool et/ou de drogue chez l'agresseur au moment des faits, mais ceci n'a pas pu être effectué dans notre étude. En ce qui concerne les deux accidents, un seul corps a été autopsié et a montré un taux d'alcoolémie de 2,13g ‰.

EN CONCLUSION, à Genève, les décès par coup de feu ne sont pas très nombreux. En effet, sur les 8 cas d'homicides que nous avons constatés, en moyenne, chaque année, seuls 36 % sont effectués avec une arme à feu; de même que sur la centaine de suicides observés par an, seuls 16 % sont perpétrés avec une arme à feu. Le fait que l'autorisation de posséder une arme à feu soit relativement facile à obtenir en Suisse (et donc à Genève) et que les hommes-soldats peuvent garder leur arme à domicile jusqu'à l'âge de 30-34 ans, ne semble donc pas jouer un rôle prépondérant sur le nombre de décès par arme à feu, les agresseurs préférant nettement l'arme blanche, les suicidants se

tournant vers d'autres méthodes et les accidents étant exceptionnels. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] HEMINGER M., HANZLICK R., Nonnatural deaths of adolescents and teenagers: Fulton county, Georgia, 1985-2004. *Am J Forensic Med Pathol.* 2008;29:208-213.
- [2] WINTEMUTE GJ. Association between firearm ownership, firearm-related risk and risk reduction behaviours and alcohol-related risk behaviours. *Inj Prev.* 2011;178:422-427.
- [3] THOMPSON A., PRICE JH., KHUBCHANDANI, BRYANT M., REIDL D., HOQUE P. Physician assistants training on firearm injury prevention. *Patient Educ Couns.* 2012;86:348-353.
- [4] TRAVIS A.R., HOHNSON L.J., NILRAY M. Homicide-Suicide (Daydic Death), Homicide and Firearm. Use in England and Wales. *Am J Forensic Med Pathol.* 2007;28: 314-318.
- [5] CHAPMAN S. *and al.* Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Injury prevention journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention* 2006;12(6);365-372.
- [6] RICHARDSON EG, HEMENWAY D. Homicide, suicide, and unintentional firearm fatality: comparing the United States with other high-income countries, 2003. *J Trauma* 2011;70:238-243.
- [7] KARCH DL, DAHLBERG LL AND PATEL N. Surveillance for violent deaths: National Violent Death Reporting System, 16 States, 2007. *MMWR Surveill Summ.* 2010; 59:1-50.
- [8] KOHLMEIER RE, MCMAHAN CA, DiMAIO VJM. Suicide by Firearms. A 15-year Experience. *Am J Forensic Med Pathol.* 2001;22:337-340.

R. LA HARPE, N. BEN MOHAMED, S. BURKHARDT

DONNÉES ACTUELLES SUR L'INDEMNISATION PAR LE FIVA, DES VICTIMES DE L'AMIANTE

COMPENSATION OF ASBESTOS VICTIMS BY FIVA AND EXPERT REPORTS

Par Jean AUBIJOUX¹ et Sabine LALLIARD

RÉSUMÉ

Le FIVA indemnise toutes les victimes présentant des signes objectifs de leur exposition à l'amiante sur le territoire français.

Les experts médicaux sollicités pour évaluer le dommage corporel de ces victimes sont uniquement interrogés sur les conséquences des affections déjà imputées à l'amiante par le FIVA lorsqu'ils sont désignés. A contrario, l'avis de ces experts est recueilli lorsque les victimes sont décédées sur les causes et les modalités du décès.

Mots-clés : Amiante, FIVA.

SUMMARY

FIVA (Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante) gives compensation to all the victims of asbestos in the French territory presenting objective signs of exposure.

Only FIVA and physicians appointed by judges look for the link between exposure to asbestos and causes of the pathology.

Keywords: Asbestos, FIVA.

L'article 53, portant création du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante, de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 indique :

« I. Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une Maladie Professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de Sécurité Sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;

2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République Française ;

3° Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2° . »

L'imputabilité d'une pathologie à l'exposition à l'amiante reste de la compétence exclusive, lorsque l'affection n'a pas été reconnue comme Maladie Professionnelle :

- De dispositions réglementaires en ce qui concerne les pathologies spécifiques de l'amiante (mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde et autres tumeurs pleurales primitives - plaques calcifiées ou non, péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomodensitométriques)
- Ou d'une commission spécifique siégeant au Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante, la Commission d'Examen des Conditions d'Exposition à l'Amiante (CECEA).

Un tel dispositif rend tout à fait spécifiques les missions des experts saisis par le FIVA en vue de procéder à l'évaluation du dommage corporel des victimes de l'amiante.

Ceux-ci sont appelés à quantifier les causes d'une pathologie dont la reconnaissance de l'imputabilité à l'inhalation de fibres d'amiante n'est jamais de leur compétence lorsqu'ils agissent à l'initiative du FIVA. A contrario, en matière d'imputabilité des décès des victimes aux conséquences de l'inhalation de fibres d'amiante, la méthodologie médico-légale applicable à toutes les expertises de droit commun l'est aussi pour les expertises demandées par le FIVA en l'état actuel de la réglementation. ■

1. 11, avenue de Breteuil, 75007 Paris. jeanaubijoux@wanadoo.fr

LA RÉFORME DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT PAR LES LOIS DES 5 JUILLET 2011 ET 27 SEPTEMBRE 2013

REFORM OF PSYCHIATRIC CARE WITHOUT PATIENT'S CONSENT

COMMUNICATION BRÈVE
SHORT COMMUNICATION

Par Me Alexia CONVERSE¹

Mots-clés : Soins psychiatriques, Sans consentement, Demande d'un tiers.

Keywords: *Psychiatric care, Without consent, Third party request.*

* * *

La véritable révolution juridique en matière de soins psychiatriques a été la Loi dite Esquirol du 30 juin 1838 qui a posé les jalons du Droit de la Psychiatrie moderne.

Cette législation fondatrice a été d'une longévité exceptionnelle puisqu'elle n'a été réformée pour la première fois que le 27 juin 1990 puis plus récemment avec les Lois des 5 Juillet 2011 et 27 Septembre 2013.

Si les acquis fondamentaux de la Loi Esquirol demeurent, ces dernières réformes ont nettement complexifié l'encadrement juridique des modalités d'entrée et de sortie du dispositif pour les patients.

Cette complexité croissante est liée à l'objectif de l'ensemble de ces évolutions législatives de chercher à combiner la sauvegarde de l'Ordre public contre la dangerosité de certains malades et la garantie des libertés individuelles des patients contre les internements arbitraires.

I. DEUX VOIES HISTORIQUES D'ENTRÉE DANS LE DISPOSITIF

Une personne ne peut faire l'objet d'une mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers que si

elle est atteinte de troubles mentaux qui rendent impossible son consentement aux soins et nécessitent une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète ou régulière justifiant une prise en charge sous la forme de soins ambulatoires.

Par principe, la demande doit émaner d'un tiers et s'accompagner de deux certificats médicaux de moins de quinze jours émanant de deux médecins différents. Des circonstances particulières liées à l'urgence ou à l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers et l'existence d'un péril imminent peuvent justifier l'hospitalisation d'un patient au vu d'un seul certificat médical.

Les soins psychiatriques à la demande du Préfet doivent reposer sur un certificat médical et un arrêté préfectoral précisant en quoi les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

II. LA « GARDE À VUE PSYCHIATRIQUE » ET SON ENCADREMENT SYSTÉMATIQUE

La loi du 5 Juillet 2011 a instauré une période initiale d'observation de 72 heures qui prend nécessairement la forme d'une hospitalisation complète afin d'évaluer la capacité du patient à consentir librement ou non aux soins, de débiter les premiers soins et de déterminer sous quelle forme la plus adaptée ils se poursuivront.

Cette période comprend la réalisation d'un examen clinique et l'établissement de deux certificats médicaux à 24h et 72h, ce dernier devant désormais

1. Avocat & Médiateur – Barreau de LYON

être spécialement motivé pour proposer une prise en charge adaptée des troubles du patient.

III. L'AVIS MOTIVÉ INTERMÉDIAIRE

Le **certificat dit « de huitaine »** et l'**avis conjoint** qui avaient été instaurés et rendus obligatoires par la Loi de 2011 sont désormais fusionnés et remplacés par un **avis unique** émanant du médecin en charge du suivi du patient qui doit en revanche maintenant être **motivé** afin de confirmer ou d'infirmer la nécessité de poursuivre les soins et leur forme.

IV. LE CONTRÔLE SYSTÉMATIQUE DU JUGE DES LIBERTÉS À L'HÔPITAL

Par deux décisions des 26 Novembre 2010 et 9 Juin 2011 le Conseil Constitutionnel a rappelé que les atteintes portées à la liberté d'aller et venir et à la vie privée doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis, cet arbitrage relevant exclusivement de l'appréciation du Juge judiciaire et non du seul avis d'un psychiatre.

C'est pourquoi la principale avancée de la Loi du 5 Juillet 2011 a été d'instaurer un contrôle systématique de la régularité de toute hospitalisation complète sans consentement par le Juge des Libertés dans le délai maximum de **quinze jours** à compter de l'admission, à peine de **mainlevée automatique** de la mesure, délai qui sera ramené à **douze jours** pour toutes les décisions d'admission qui seront prononcées à compter du 1^{er} septembre 2014.

V. UN CONTRÔLE RENFORCÉ POUR LES PATIENTS « RÉPUTÉS DANGEREUX »

La Loi du 5 Juillet 2011 avait défini deux catégories de patients pour lesquels le contrôle de la régularité de l'hospitalisation était soumis à des conditions plus strictes comprenant la consultation obligatoire d'un Collège, éventuellement complétée de deux avis d'experts.

Il s'agissait des patients qui avaient fait l'objet soit d'une décision d'irresponsabilité pénale soit d'un séjour d'une durée continue d'un an dans une Unité pour Malades Difficiles.

En réponse à la décision du Conseil Constitutionnel du 20 Avril 2012, la Loi du 27 Septembre 2013 a purement et simplement cessé de soumettre les patients en UMD à ce dispositif spécifique, et le réserve désormais aux patients ayant commis une infraction réprimée par une peine d'emprisonnement d'au moins cinq ans en cas d'atteinte aux personnes et dix ans en cas d'atteinte aux biens.

VI. LES SOINS AMBULATOIRES ET SORTIES D'ESSAI

Afin de poursuivre l'objectif de réinsérer le patient dans la vie sociale, la Loi de 2011 a mis l'accent sur le développement des soins ambulatoires comme alternative à l'hospitalisation complète.

La Loi du 27 Septembre 2013 quant à elle, a rétabli les sorties d'essai non accompagnées pour une durée de 48 heures que la Loi de 2011 avait limitées à des sorties accompagnées d'une durée maximale de douze heures. ■

PRÉSENTATION DES ORIENTATIONS DU PROJET DE LOI SANTÉ

INTERVENTION DE MARISOL TOURAINE
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

PRESENTATION OF KEY FEATURES OF THE HEALTH BILL

SPEECH BY MARISOL TOURAINE - MINISTER FOR SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

COMMUNIQUÉ DE PRESSE
PRESS RELEASE

Jeudi 19 Juin 2014

Seul de prononcé fait foi

Le 23 septembre dernier, j'ai présenté la stratégie nationale de santé dont l'enjeu est de refonder notre système de santé. Cette refondation est nécessaire pour relever les grands défis auxquels il est confronté.

Celui du **vieillesse**, qui impose une réorientation de notre politique.

Celui des **maladies chroniques**, ensuite, qui touchent aujourd'hui près d'un Français sur quatre.

La mobilisation, enfin, de l'**innovation** au service de la qualité et de l'efficacité des prises en charge.

Face à ces bouleversements, une seule question se pose : comment répondre à ces défis pour que, dans les années qui viennent, les Français, tous les Français, aient encore accès à un système de santé d'excellence ?

Cette loi, dont je vais vous présenter les **grandes orientations**, et non le détail des mesures, transformera le quotidien de millions de Français.

Il changera le rapport des Français à leur santé. Il leur apportera les moyens de se prémunir et de se protéger. Il leur donnera, lorsque survient la maladie, les armes pour y faire face : un remboursement des soins simplifié, des délais de consultation plus brefs, une prise en charge plus fluide et compréhensible par tous.

Il y aura un **avant et un après**. Parce que ce projet de loi marque des **priorités** clairement définies. Parce qu'il s'inscrit dans la **durée**. Parce qu'il mobilise des **instruments nouveaux** pour les patients comme pour les professionnels, qui garantissent l'efficacité des mesures proposées.

Ce texte ne sera ni un nouveau grand mécano institutionnel, ni une loi de santé publique, où les objectifs se comptent par dizaines.

Ce sera une réforme **structurante**, qui permet d'attaquer les **inégalités de santé** à la racine, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé dans nos politiques.

Ce sera une réforme **durable**, qui installera le **parcours** dans notre système de santé, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité.

Ce sera une réforme **mobilisatrice**, enfin, qui fait le pari de l'**innovation**. Dans un contexte économique contraint,

seule l'innovation nous permettra de porter des réformes en profondeur, tout en maintenant à son plus haut niveau la qualité des soins.

Ce projet de loi prolonge, bien sûr, la feuille de route de la stratégie nationale de santé, si amplement débattue depuis quelques mois. Plus de **200 forums régionaux** se sont tenus dans toute la France. Ils ont connu une affluence sans précédent. Je veux remercier chaleureusement toutes celles et tous ceux qui ont participé à ces rencontres et qui nous ont ainsi permis de progresser. Je salue les nombreuses contributions, notamment issues des rangs parlementaires, qui m'ont été adressées. Ces mois de préparation furent l'occasion de démontrer, si besoin en était, que la santé mobilise les Français.

Ce sont eux qui ont directement inspiré le projet de loi.

I. LA PREMIÈRE ORIENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET DE LOI EST D'INSCRIRE LA PRÉVENTION COMME UN DES SOCLES DE NOTRE POLITIQUE DE SANTÉ

Engager une politique de santé publique, ce n'est pas accumuler dans un rapport annexé des indicateurs épidémiologiques complexes. C'est affirmer dans la loi que la **responsabilité de l'Etat**, en matière de santé, commence par la **prévention**. La prévention, elle n'est pas là pour punir, pour tout réglementer, encore moins pour tout taxer. Ce projet ne comporte donc **aucune mesure de fiscalité**.

Quel est le constat ? L'état de santé moyen des Français est parmi les meilleurs qui soient. Mais derrière ces résultats existent de fortes inégalités. En classe de CM2, les enfants d'ouvriers sont dix fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres. C'est parmi eux que se recruteront les futures victimes de la « **diabésité** », cette épidémie silencieuse qui progresse de façon massive. Le diabète frappe aujourd'hui plus de 3,5 millions de personnes dans notre pays. Elles seront 30 % de plus dans 5 ans.

C'est pour cela que je propose un **parti pris clair** : **donner la priorité à la jeunesse et renforcer toujours notre soutien aux plus fragiles**.

S'engager envers la jeunesse, dès le plus jeune âge, donc dès l'école. C'est là que tout se joue. Avec Benoît HAMON, et en complémentarité de la loi de refondation

de l'école, nous instaurerons un **parcours éducatif en santé**. Il permettra à tous les enfants, de la maternelle au lycée, d'acquérir des connaissances en santé et d'adopter les bons réflexes. Il ne s'agit pas d'avoir une heure de cours par-ci, par-là sur la santé. Il s'agit que les enjeux de santé imprègnent le **contenu de tous les enseignements**.

Les bons réflexes en santé s'apprennent aussi en famille. Je suis en faveur d'un outil permettant de rendre compréhensible une **information**, aujourd'hui trop complexe, sur la **qualité nutritionnelle** des produits alimentaires industriels. De nombreuses marques m'ont fait part de leur intérêt pour une telle démarche. Il nous faut faire aboutir la réflexion sur ce que pourra être cet outil.

La prévention se construit aussi, à l'évidence, **avec les professionnels de santé**, dont la responsabilité en la matière doit être affirmée clairement. Aujourd'hui, les jeunes de moins de 16 ans n'ont toujours pas de médecin traitant. Le projet de loi permettra aux parents de choisir **un médecin traitant pour leur enfant**, qu'il s'agisse d'un généraliste ou d'un pédiatre. Le médecin traitant sera le responsable au long cours du suivi du parcours de soins de chaque enfant. Après l'enfance, l'adolescence est un moment clé ; c'est bien sûr vrai pour la santé et nous devons **mieux protéger notre jeunesse contre les addictions**.

Je n'accepte pas que l'adolescence soit si souvent l'âge de l'entrée dans le tabac. A 17 ans, un jeune sur trois fume tous les jours ; un sur deux en mourra. Chaque année, le tabac tue 73 000 personnes en France. Nous pouvons gagner cette bataille en quelques années à condition de nous y engager pleinement. On ne peut vouloir vaincre le cancer sans agir face au tabac. Dans le cadre du plan cancer, le Président de la République m'a confié l'élaboration d'un **programme national de réduction du tabagisme**, que j'annoncerai prochainement.

Autre fléau contre lequel il faut protéger les jeunes : les **séances d'alcoolisation excessive**, plus connues sous le terme de « *binge drinking* ». A 17 ans, un jeune sur deux est concerné. Il s'agit de se donner les moyens de lutter contre ce phénomène nouveau, en particulier lors de manifestations ou de réunions liées au milieu universitaire ou socio-éducatif.

Protéger notre jeunesse, c'est aussi, en matière de **sexualité**, garantir aux jeunes femmes mineures l'accès sans condition à la **contraception d'urgence** auprès de l'infirmière scolaire. Je proposerai de supprimer la condition de « détresse caractérisée » exigée aujourd'hui.

Engager une politique de prévention résolue, c'est évidemment n'oublier personne, en particulier ceux qui sont le plus éloignés des soins.

L'héritage précieux que constitue la mobilisation historique de notre pays, dès les premiers temps du sida, dans la politique de réduction des risques, doit être reconnu et prolongé notamment au travers de son développement en **milieu carcéral**. Il conviendra également de définir le cadre de l'expérimentation de **salles de consommation à moindre risque**. Enfin, pour faciliter l'accès au dépistage des personnes les plus exposées, nous généraliserons la pratique des **Tests Rapides d'Orientation Diagnostique**.

Fixer des priorités ne suffit pas. **Il faut se donner les moyens de les mettre en œuvre avec efficacité.**

D'abord, en coordonnant l'action gouvernementale. Parce que la prévention concerne chaque ministère, chaque administration. C'est le sens du **comité interministériel pour la santé** qui est créé aujourd'hui même et qui permettra au ministre de la santé de faire partager, par l'ensemble

du gouvernement, les priorités de santé. Cette transversalité est particulièrement nécessaire, par exemple, dans le champ de la **santé environnementale** : la lutte contre les perturbateurs endocriniens et l'usage intensif de pesticides ou encore l'amélioration de la qualité de l'air sont autant de sujets pour lesquels nous avons besoin d'une politique coordonnée.

Par ailleurs, il nous faut renforcer l'**efficacité de nos structures** administratives. Nos moyens sont trop éclatés et les efforts trop dispersés. Je veux donc doter la France d'un **Institut pour la prévention, la veille et l'intervention en santé publique**, qui disposera d'une taille critique suffisante. Une concertation sera conduite avec l'ensemble des équipes concernées, dont je salue le professionnalisme.

Enfin, pour déployer une politique de prévention efficace, le projet de loi confortera la mobilisation des acteurs locaux et sociaux.

Je salue, à ce titre, l'action des **collectivités territoriales**, cruciale pour la santé.

Je salue le rôle des **associations** qui, sur le terrain, vont vers ceux qui en ont le plus besoin. La démarche de **médiation sanitaire**, qu'elles ont initiée, sera ainsi inscrite dans la loi.

Je veux accompagner la mobilisation des acteurs sociaux pour promouvoir la **santé en milieu professionnel**. La grande conférence sociale, qui se tiendra au début du mois de juillet, en débattera.

De même, parce que la prévention concerne l'ensemble de nos territoires, je veillerai à ce que les avancées majeures contenues dans ce projet de loi soient appliquées de manière adaptée aux « **outre-mer** ».

II. LA DEUXIÈME ORIENTATION STRATÉGIQUE DU PROJET DE LOI, C'EST LA MISE EN PLACE D'UN SERVICE TERRITORIAL DE SANTÉ AU PUBLIC POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES FRANÇAIS

Je reçois régulièrement des témoignages enthousiastes de malades sauvés par l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Mais je reçois aussi des lettres me racontant des histoires de patients perdus dans un système de santé devenu trop complexe, opaque, où la moindre erreur d'aiguillage peut marquer le début de grandes difficultés.

Des témoignages si différents qui illustrent le risque bien réel de voir émerger une **médecine à deux vitesses**. Qui montrent que les Français n'ont **pas tous les mêmes chances** d'être bien pris en charge.

1. Le service territorial de santé au public est une réponse à ces inquiétudes. Une réponse de proximité. Une réponse organisée en fonction des besoins des patients.

Il renforcera l'accès aux soins de tous les Français. Il leur proposera l'information dont ils ont besoin. Il organisera les parcours de demain à partir d'un premier recours efficace et d'un service public hospitalier rénové.

Concrètement, le service territorial de santé au public mettra en place une organisation accessible, lisible, compréhensible. Il doit faciliter la **structuration territoriale des soins primaires**. Il concernera au moins **cinq domaines clefs** : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins des personnes handicapées. Ces domaines seront proposés dans la loi pour être déclinés territoire par territoire.

Je veux prendre un **exemple** : aujourd'hui, il est souvent difficile pour les parents d'un **enfant handicapé** de trouver

le bon professionnel pour, par exemple, des **soins dentaires**. Demain, grâce à l'organisation du service territorial, ils sauront à quelle porte frapper.

Ce sont les acteurs concernés, au premier chef les acteurs de soins primaires et les médecins traitants, les professionnels libéraux, hospitaliers, médico-sociaux, qui devront proposer aux agences régionales de santé des organisations pertinentes prenant en compte les expérimentations déjà lancées et les réalités de terrain. Il faut donner aux acteurs de terrain, public et privé, des outils pour agir et organiser eux-mêmes la proximité.

Pour soutenir cette démarche, **le rôle des agences régionales de santé doit être renforcé**. Elles pourront réorienter leurs financements : par exemple, pour être autorisées, certaines activités seront conditionnées à la participation de leur titulaire à la permanence des soins.

Au fond, il y a trois enjeux majeurs : lever les obstacles financiers ; garantir l'accès aux soins partout ; mettre en place un parcours organisé.

2. Pour commencer, il faut garantir l'accès aux soins de tous.

Je redis ma détermination à lutter contre les barrières financières et toutes les formes de discrimination.

Le 23 septembre, j'ai pris l'engagement de **généraliser le tiers-payant** à la fois pour la part correspondant à celle de l'assurance maladie et pour celle des complémentaires. J'ai depuis installé le comité technique en charge de le faire et j'ai nommé son chef de projet. Dès l'an prochain, les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé seront ainsi dispensés d'avance de frais. Pour parvenir à une solution rapide, l'Assurance maladie sera pour cette première étape **l'interlocuteur privilégié** des médecins, comme elle l'est déjà pour la couverture médicale universelle. Cette décision n'emporte pas de conséquences sur les dispositifs déjà existants chez d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens, par exemple. **D'ici 2017, le tiers-payant sera étendu à tous les assurés**. Il apportera au médecin une garantie de paiement sans délai et sera simple à utiliser.

Par ailleurs, le projet de loi garantira aux personnes modestes des **prix accessibles pour des produits de santé, tels que les lunettes**. Je proposerai, enfin, un dispositif renforcé contre le refus de soins.

Mais l'argent n'est pas la seule barrière à l'accès aux soins. Les Français doivent pouvoir **trouver un professionnel de santé près de chez eux**. Nous devons approfondir les résultats encourageants du Pacte territoire-santé, en particulier pour permettre un **accès continu** aux soins. C'est tout l'enjeu de la **permanence des soins**.

Le service territorial organisera la réponse aux soins urgents et non-programmés. Comment faire face à la poussée de fièvre d'un enfant au milieu de la nuit ? Où trouver un médecin un dimanche après-midi ? Pour permettre aux Français de se repérer, je proposerai **la mise en place d'un numéro d'appel unique à 3 chiffres dans chaque département** pour la garde en ville : il sera le repère dans l'accès aux soins de nos concitoyens.

Enfin, le manque d'information est encore trop souvent un obstacle.

La loi proposera d'instaurer un « **GPS en santé** ». Ce que nous avons réussi avec le site *medicaments.gouv.fr*, nous le ferons pour l'ensemble du système de santé. **Le service public d'information en santé**, qui se met en place au niveau national, prendra la forme d'un portail *web*, avec

une adresse unique, facile à mémoriser. Il sera aussi accessible par téléphone. Les ARS auront pour mission de le décliner au niveau régional.

Pour pouvoir bien s'orienter, il faut enfin être suffisamment autonome. C'est tout l'intérêt des **dispositifs d'accompagnement, notamment associatifs**, de certains patients : c'est une thématique nouvelle qui figurera dans la future loi.

3. Et ensuite, il faut mettre en place un parcours organisé.

On parle beaucoup de parcours avec le sentiment que c'est abstrait. Mais c'est très concret. C'est ce que les initiés font en ouvrant leur **carnet d'adresses**.

Il s'agit de mieux coordonner les professionnels, de faciliter les coopérations pour que les patients, notamment les malades chroniques qui ont besoin d'un suivi complexe, ne soient plus **ballottés**. Et ça, cela se passe en proximité.

Il y a 40 ans, la **psychiatrie** a eu **l'intuition du territoire**. Le service territorial de santé au public disposera d'un **volet spécifique sur la santé mentale**, qui sera le nouveau cadre d'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie où le secteur aura toute sa place. Il s'agira d'assurer la permanence des soins, la continuité des soins, la prévention, l'insertion, la coordination des acteurs. Je réaffirme d'ailleurs ma volonté d'œuvrer en faveur d'une **reconnaissance dans la loi de la mission de psychiatrie de secteur**. Au-delà de ce nouvel ancrage au secteur, je lancerai un chantier avec l'ensemble des acteurs concernés.

Le parcours, c'est donc la coordination. Ce qui change avec cette loi, c'est qu'elle propose des **instruments concrets** pour mettre en œuvre le parcours.

Des points de repère pour les patients d'abord.

Demain, chaque patient qui sort de l'hôpital se verra remettre le jour-même une **lettre de liaison**. Elle permettra le lien avec les professionnels de ville, notamment le médecin traitant, et pourra être dématérialisée.

Lorsqu'ils iront chez leur professionnel en ville, les patients chroniques disposeront, pour les guider dans leur parcours, d'un **programme personnalisé de soins**. Evidemment, les **professionnels vont avoir besoin d'appui**. Il faut leur donner les moyens d'échanger plus simplement. Les agences régionales de santé soutiendront à leur intention des **plateformes territoriales d'appui qui devront être conçues avec les professionnels**. Elles faciliteront la prise en charge de leurs patients, notamment les plus complexes.

Par ailleurs, la relance du **dossier médical** est d'ores et déjà engagée. J'ai entendu la nécessité d'en faire un outil de coordination et de partage. **La maîtrise d'œuvre en sera confiée à l'assurance maladie**. Ce nouveau dossier médical partagé intègre naturellement l'enjeu de la **messagerie sécurisée**. Le projet de loi facilitera par ailleurs l'exercice des professionnels avec un accès organisé à un **thésaurus** de connaissances actualisées des dernières données de la science.

Cette implication des professionnels de santé de ville comme ceux des centres de santé doit pouvoir être reconstruite.

Le développement des parcours conduira à une **évolution progressive et négociée des modes de rémunération des professionnels** - et des établissements - de santé.

Les négociations, qui se sont ouvertes entre l'assurance-maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux ont pour objet de mettre en place des **rémunérations d'équipe**. Je renouvelle ma confiance aux partenaires

conventionnels pour aboutir avant la fin du mois de juillet. S'ils ne parvenaient pas à un accord, alors je procéderaï par voie d'un **règlement arbitral**.

4. Il ne peut y avoir de premier recours efficace sans que celui-ci s'adosse à un médecin spécialiste de second recours ou à un établissement de santé.

La loi consacrera un **service public hospitalier rénové**. C'est-à-dire indivisible, conçu comme un « **bloc d'obligations** ». Les établissements privés à but non lucratif sont évidemment appelés à y participer. Les établissements privés à but lucratif le pourront, s'ils respectent ce bloc d'obligations.

La loi garantira aux usagers la permanence d'accueil et de la prise en charge ; le respect d'un délai de prise en charge raisonnable compte tenu de l'état du patient ; l'égalité d'accès aux soins.

Un service public hospitalier rénové, cela implique de tourner la page de certaines pratiques. Nous clarifierons les conditions de l'**exercice libéral à l'hôpital**. Nous ferons de même pour l'**interim médical**, en plafonnant les rémunérations et en encadrant ce qui est devenu un véritable marché de mercenaires.

Dans le même temps, l'hôpital sera doté d'une responsabilité nouvelle vis-à-vis de son territoire. Pour y parvenir, la loi rendra obligatoires les **groupements hospitaliers de territoire** qui permettront la mutualisation de certaines activités comme par exemple les **systèmes d'information**, la **formation initiale** ou les **fonctions centrales** comme les **achats**. Et, désormais, sur un même territoire, les établissements porteront un **projet médical commun**.

Le financement des hôpitaux doit lui aussi permettre aux établissements d'intégrer une logique de parcours. Des **expérimentations sur la tarification** sont déjà conduites. Je veux que nous allions plus vite et le prochain projet de financement de la sécurité sociale le permettra.

Un hôpital rénové, c'est aussi une gouvernance rééquilibrée : la **cohérence de l'exécutif des établissements sera renforcée** avec la claire volonté de mieux traduire, dans le respect des attributions du chef d'établissement, le **caractère nécessairement médical de la gouvernance hospitalière**.

L'attractivité de l'hôpital est un chantier majeur qui, au-delà de la loi, nous mobilisera dans le cadre de travaux auxquels je serai attentive.

III. MA TROISIÈME ORIENTATION STRATÉGIQUE, C'EST DE FAIRE LE PARI DE L'INNOVATION

Les progrès scientifiques et technologiques révolutionnent désormais les soins au quotidien. Biotechnologies, nanotechnologies, médecine personnalisée et prédictive, thérapie génique : les enjeux liés à la recherche et à l'innovation en santé sont immenses pour les patients et les professionnels.

Ils sont décisifs, aussi, pour la croissance française, comme pour l'avenir de notre système de prise en charge. La **santé de l'économie passe aussi par l'économie de la santé** !

Dans ce domaine, notre pays occupe les premières places : les 98 premières mondiales signées par nos CHU y sont pour beaucoup. Nos entreprises et nos startups construisent, elles aussi, la France des technologies médicales. Le secteur de l'e-santé connaîtra à lui seul une croissance de 4% à 7% par an dans les prochaines années. Cette position,

nous devons la consolider, car la concurrence internationale est vive.

1. Le rôle de l'Etat est d'être un facilitateur et de garantir un écosystème favorable à l'innovation.

Les délais trop longs, les lourdeurs administratives sont autant d'ennemis de l'innovation. Pour emporter un marché, être compétitifs, conserver un avantage concurrentiel s'engage une lutte contre le temps.

Pour les hôpitaux, les délais concernant les essais cliniques à promotion industrielle vont d'ores et déjà passer de 18 mois à 2 mois. Le projet de loi proposera de **généraliser le dispositif de la convention unique** à l'ensemble des catégories d'établissements de santé.

2. L'innovation concerne aussi les métiers de la santé.

Les jeunes qui s'engagent aujourd'hui dans ces métiers veulent exercer autrement. Les métiers évoluent partout.

Ce projet de loi reconnaîtra de nouveaux métiers, notamment les **professions paramédicales à pratiques avancées**. Je pense aux **infirmiers cliniciens**. Je pense aussi au rôle et à la place des **sages-femmes**. Elles pourront participer à la prise en charge de l'**interruption volontaire de grossesse médicamenteuse**.

Avec Geneviève FIORASO, nous avons depuis 18 mois lancé une réflexion toujours en cours sur la **réorganisation du troisième cycle des études médicales** pour le rendre plus professionnalisant encore. Nous corrigerons également les imperfections du dispositif du **développement professionnel continu**.

3. L'innovation permettra à la France d'être au rendez-vous de l'open data.

L'**open data** est un enjeu technique, scientifique et démocratique majeur. Il nous faut **prolonger le mouvement d'ouverture des données de santé**. J'attache une importance toute particulière aux conditions de mise à disposition des données, et en particulier celle du respect de la vie privée. Un important travail a été conduit par la **commission open data** ; il inspirera les dispositions de la future loi.

IV. LA QUATRIÈME ORIENTATION STRATÉGIQUE ÉTABLIRA UNE NOUVELLE GOUVERNANCE POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ PLUS PERFORMANTE

1. Ce projet de loi rappellera avec force l'unité de la politique de santé.

Il est plus que jamais nécessaire de faire **travailler ensemble les services de l'Etat et ceux de l'assurance maladie**, dont l'Etat assure la tutelle.

La loi donnera ainsi les moyens d'une meilleure articulation des interventions de l'Etat et de l'assurance maladie : les professionnels le réclament, les défis que nous avons à relever l'exigent. Il n'y a qu'une **seule politique de santé et chacun doit y contribuer pour sa part**, acteurs nationaux comme acteurs locaux, acteurs publics comme acteurs privés.

La loi engagera également la **rénovation du dispositif conventionnel** ; si la négociation nationale reste le cadre de référence, elle devra d'emblée intégrer l'exigence de sa **nécessaire adaptation régionale et territoriale**.

Dans le même esprit, la loi confortera le dialogue social. Elle proposera, par exemple, à la suite des recommandations formulées par Edouard Couty, la création d'un **conseil supérieur des personnels médicaux hospitaliers**.

2. Si je devais ne retenir qu'un seul élément des 200 forums régionaux qui se sont tenus sur la stratégie nationale de santé, ce serait la vitalité de notre démocratie sanitaire.

La future loi poursuivra le mouvement engagé en 2002, en permettant aux patients de **co-construire davantage les politiques de santé**. Les associer, les impliquer pour bâtir un système à leur image.

Le rapport que m'a remis Claire COMPAGNON formule notamment des propositions visant à **mieux représenter les usagers**. Celles-ci seront largement reprises dans le projet de loi : **extension de l'obligation de représentation** des usagers dans toutes les agences nationales de santé et **création de la commission des usagers**. J'ai entendu les difficultés que rencontrent les associations pour remplir les mandats qui leur sont confiés. C'est un sujet sur lequel je souhaite que nous avançons ensemble dès que possible.

Au-delà de l'enjeu de la représentation, la maturité de la démocratie sanitaire exige que nous renforçons le débat public en santé. Mieux se connaître pour mieux débattre et mieux travailler ensemble : nous devons poursuivre dans cette voie. Je réaffirme aujourd'hui le soutien du gouvernement au projet d'un **Institut du patient**, confié à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

La démocratie sanitaire, c'est mieux associer les patients, mais c'est également simplifier leur relation avec le système de santé. En commençant par instaurer **les mêmes droits pour tous**. Grâce au projet de loi, le **concubin** ou le **partenaire de PACS** d'une personne décédée pourra avoir accès

à son **dossier médical**. Cette possibilité existe pour les personnes mariées, rien ne justifie qu'elle leur soit réservée.

La maturité de la démocratie sanitaire, c'est également le renforcement du pouvoir des patients lorsqu'ils sont les victimes de dommages. Face aux dommages sériels en santé, un droit nouveau pourrait être envisagé : **l'instauration d'une action de groupe**. Cela représentera une avancée majeure. Les indemnisations y seront, certes, déterminées de manière individuelle, mais désormais nos concitoyens ne seront plus seuls face à la puissance de certaines industries. Mesdames et messieurs,

Dans les prochains jours, la concertation se poursuivra avec l'ensemble des acteurs du monde de la santé, jusqu'à l'envoi du texte au Conseil d'Etat cet été.

En septembre, je présenterai le projet de loi en Conseil des ministres. Il sera ensuite transmis à l'Assemblée nationale et son examen commencera **au début de l'année 2015**.

Dès le lendemain de la promulgation de la loi, nous devrons être en mesure de déployer rapidement les dispositifs votés par le Parlement.

De nombreuses mesures techniques sont nécessaires, des négociations sont en cours ou à venir : elles n'attendront pas la loi pour se mettre en place. Elles devront être prêtes au moment où ce texte entrera en application. Par ailleurs, le secteur de la santé doit participer à l'objectif général de **simplification de nos procédures administratives**. Des propositions en ce sens seront faites en concertation notamment avec les fédérations d'établissements.

Je sais pouvoir compter sur l'engagement de chacun pour enrichir et pour nourrir ce texte. Les professionnels, les associations, les élus, l'ensemble des Français : leur mobilisation est indispensable pour permettre à notre système de santé de relever les immenses défis auxquels il est confronté et de préserver ainsi son excellence.

Je vous remercie. ■

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

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

© 2014 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF
CPPAP n° 0417 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-2328-7 — eISBN 978-2-7472-2339-3

Imprimé par Graficas Lizarra S.L. – Villatuerta Navarra – Espagne

Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

MANUSCRIT

Tout **manuscrit, sollicité ou non**, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en **3 exemplaires** à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

– Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.

– 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyés les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs.

Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : **agpaedit@wanadoo.fr**

Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.

BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

– **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

– **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproductibles et fournis sur papier blanc ou sur calque.

Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE à la rédaction de la revue : Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.

MANUSCRIT

Every manuscript, whether solicited or not, is submitted to the reviewing committee for their opinion. They may decline the article or suggest alterations that they deem necessary. There are two reviewers, chosen from within the publication committee, but if needed, reviewers external to this committee may be called upon. In case of disagreement between the two reviewers, the editor in chief will have final decision after consulting a third reviewer.

Three copies of the text, typewritten with double spacing, one side only, 25 lines per page, should be sent.

We recommend the following lengths depending on the category of article:

– 20 pages maximum for original articles and literature reviews.

– 10 pages maximum for technical notes and 5 pages maximum for clinical cases.

The pages are to be numbered in the top right-hand corner.

The first page should bear the title and/or the subtitle, the first name initials, the names of the authors, the title and complete address of the organisation (laboratory, hospital, university, etc.) where the work was carried out, along with the author's complete address to which proofs for correction, abstracts and any correspondence will be sent.

Key-words, in French and English, should be suggested by the authors.

The text of the article should begin on page 2. We strongly recommend following the conventional plan: introduction, material and methods, results, discussion, conclusion. Sub-titles of equal value should be indicated in an identical way. Known international abbreviations may be used.

For less familiar terms, the meaning should be given in brackets the first time they appear in the text. Definitions may be given in a glossary.

The names of the authors quoted in the text should be followed, in brackets, by a number referring to the bibliography.

A brief summary of no more than 10 lines must be enclosed with the manuscript. A summary in English should be provided by the author (along with the translation of the title of the article). Otherwise the author shall accept the translation provided by the editors.

*It is essential that an electronic version of the article proposed be sent to the following email address: **agpaedit@wanadoo.fr***

Please include the email address of the main author.

BIBLIOGRAPHY

References should be arranged in alphabetical order, and for each author in chronological order. They should be numbered and appear as follows:

– **Article references** should include in order: name and first name initials of authors, exact title in original language, name of journal according to Index Medicus international rules, year of publication, volume, first and last pages of article.

Example:

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

– **Book references** should include in order: name and first name initials of authors, title of book, identification of publisher (name and town), year of publication and, when appropriate, page(s) quoted.

We strongly recommend limiting the references to 20.

ILLUSTRATIONS

Iconography shall be strictly limited.

Each document should be identified by a number:

- *tables shall be numbered using Roman numerals and figures using Arabic numerals; all of them shall be quoted in the text;*
- *graphs and diagrams shall be provided in their original format, or as photographic images. They should be directly reproducible and supplied on white paper or tracing paper.*

All illustrations must be accompanied by a detailed caption on a separate page.

ACKNOWLEDGEMENTS

They should not appear in the body of the article but individually on the last page of the article. Details of any grants awarded to the authors should also be mentioned here.

ALL CORRESPONDENCE SHOULD BE ADDRESSED TO The Editors, Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.