

SÉRIE B / SERIES B

CONFLITS CATASTROPHES SITUATIONS HUMANITAIRES

CONFLICTS DISASTERS HUMANITARIAN SITUATIONS

Août 2015

N° 1 de la série « B » Conflits, Catastrophes
et Situations Humanitaires • Vol. 1

N° 3 du Journal de médecine légale • Vol. 58

SOMMAIRE
CONTENTS

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

171*

ÉDITORIAL

FOREWORD

**Jean-Pol BEAUTHIER
& Tania DELABARDE****173**THE REMAINS OF A SKELETON
IN THE HISTORY OF A REGION*LES VESTIGES D'UN SQUELETTE
ET L'HISTOIRE D'UNE RÉGION***Ph. LEFÈVRE, F. BEAUTHIER,
J.-P. BEAUTHIER & P.-H. TILMANT****187**ESTIMATION DE L'ÂGE
EN MATIÈRE D'ODONTOLOGIE
MÉDICO-LÉGALE*AGE DETERMINATION IN LEGAL MEDICINE***J.-P. WERQUIN****195**LES HUMANITAIRES
FACE À ÉBOLA :
QUAND TOMBENT LES MASQUES*HUMANITARIAN WORKERS CONFRONTED
WITH EBOLA: WHEN THE MASKS FALL***Evelyne JOSSE**

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

205LES VIOLENCES
SEXUELLES
DANS LES CONTEXTES
DE CONFLIT
ET DE POST-CONFLIT*SEXUAL VIOLENCE IN CONTEXTS
OF CONFLICT AND POST-
CONFLICT***Evelyne JOSSE****213**LE VIH/SIDA
DANS LES SITUATIONS
D'URGENCE DE CONFLIT
ET DE POST-CONFLIT*HIV/AIDS IN EMERGENCY SITUATIONS
IN CONTEXTS OF CONFLICT
OR POST-CONFLICT***Evelyne JOSSE****218**INDEX DES ARTICLES PARUS EN 2014
DANS LE JOURNAL DE MÉDECINE
LÉGALE*ARTICLES PUBLISHED IN 2014
IN THE JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE***228**RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS
INSTRUCTIONS TO AUTHORS**4^e de couverture**BULLETIN D'ABONNEMENT
SUBSCRIPTION FORM

* N° 1-2, 2015, Vol. 58, série E : Droit, Santé et Société / Series E: Law, Health & Society : page 1 à 168.

New
publication

The Musculoskeletal Examination



ESKA PUBLISHING

The Musculoskeletal Examination

Jean-Luc Tremblay

Intended for students and established practitioners alike, this unique guide gives a comprehensive view of the musculoskeletal physical examination procedure. Each joint group and all types of symptoms are described in detail with case histories, including diagnostic techniques and manipulations accompanied by numerous illustrations and photographs. The neurological exam, laboratory analyses and joint injection/aspiration methods are also described with particular attention to a systematic description of the principal rheumatic diseases.

- Detailed anatomical charts
- Diseases and manipulations illustrated
- Diagnostic algorithms
- Complete clinical vignettes
- Simple exercises for patients.

Dr. Jean-Luc Tremblay is a rheumatologist at the Centre hospitalier régional of Trois-Rivières and senior clinical lecturer at the University of Montreal's Faculty of Medicine (Mauricie campus). He is very involved in teaching both students and general practitioners.

ORDER FORM

☐ I want to receive..... book example(s): « **THE MUSCULOSKELETAL EXAMINATION** », by **Jean-Luc TREMBLAY**
- Code EAN 978-2-7472-2096-5

Price: 88,00 € + 1,00 € shipping cost, either € x example(s) = €

I join my payment by:

☐ Check

☐ Credit Card n° Expiration date:

☐ Bank Transfer

BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPCE

☐ Signature:

Society :

First name, Last name

Adresse :

Zip code : **City:** **Country:**

Phone : **Fax :** **E-mail :**

Please return the order form with the payment to following address:

EDITIONS ESKA – 12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France

Phone : +33 (0)1 42 86 55 75 - Fax : +33 (0)1 42 60 45 35 - adv@eska.fr - www.eska.fr

CATASTROPHES CONFLITS SITUATIONS HUMAINITAIRES

ÉDITORIAL

Nous inscrivant dans la continuité du *Journal de médecine légale**, nous consacrons une série couvrant des domaines très particuliers de la médecine légale, malheureusement présents dans l'actualité quasi-quotidienne, à savoir les conflits, les guerres, les catastrophes naturelles.

La série s'oriente de manière très large, ne se limitant pas à la médecine légale classique, mais débordant sur les situations particulières pouvant être vécues face à ces drames, sur l'anthropologie, sur l'identification des personnes et tous les aspects humanitaires gravitant autour de ces thèmes complexes.

C'est ainsi que progressivement, les fascicules viseront, outre les situations conflictuelles, l'organisation des plans « catastrophe », les diverses techniques d'identification (anthropologie, odontologie, génétique, etc.), ainsi que les « paroles de familles ».

Ce premier numéro traite, à tout seigneur tout honneur en la matière, de l'odontologie médico-légale et de son intérêt majeur dans l'estimation de l'âge de la personne.

Un article est également consacré à l'utilité des études historiques et anthropologiques, démontrant les bienfaits de la pluridisciplinarité dans la découverte et l'approche de restes squelettiques.

Trois articles enfin, illustrent les aspects humanitaires que nous voulons préserver et développer au sein du *Journal de médecine légale*, par l'abord des drames humains touchant les aspects de violences sexuelles lors de conflits guerriers, mais également les débordements difficiles à gérer dans le cadre d'infections telles que le SIDA et l'épidémie actuelle à virus Ebola.

Puissent les lectrices et lecteurs trouver dans cette jeune série, des aspects innovants de notre belle profession dont une fois encore, la pluridisciplinarité en fait sa richesse et en confirme ses aspects ancrés au plus profond de l'être humain. ■

Pr. Jean-Pol BEAUTHIER et Dr. Tania DELABARDE
Rédacteurs en chef

* Note de l'éditeur :

Le *Journal de médecine légale* est composé de 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

CONFLITS
CATASTROPHES
SITUATIONS
HUMANITAIRES
EST UNE SÉRIE
DU JOURNAL DE
MÉDECINE LÉGALE

DISASTERS - CONFLICTS HUMANITARIAN SITUATIONS

In line with the *Journal of Forensic Medicine**, we are devoting a series to very particular areas of forensic medicine, unfortunately present in the news almost every day, ie conflicts, wars, natural disasters.

The series takes a wide view, not limited to classic forensic medicine but touching particular situations which may be experienced in the face of these dramatic circumstances, anthropology, identification of individuals and all the humanitarian aspects surrounding these complex themes.

Therefore, each instalment will progressively seek to cover not only situations of conflict, but the organisation of “disaster” plans, the various techniques of identification (anthropology, odontology, genetics, etc), as well as “family words”.

This first issue, giving credit where it is due, deals with forensic odontology and its great importance in estimating the age of the person.

An article is also devoted to the use of historical and anthropological studies, showing the benefits of the multidisciplinary approach in the discovery and handling of skeletal remains.

Finally, three articles illustrate the humanitarian aspects that we wish to preserve and develop in the *Journal of Forensic Medicine*, by considering the human drama in aspects of sexual violence during armed conflict, but also the number of problems that are difficult to manage in the context of infections such as AIDS and the current Ebola epidemic.

May the readers find in this young series innovating aspects of our beautiful profession, including once more the its multidisciplinary nature that makes it so rich and confirms aspects of it that are deeply anchored in the human being.

Pr. Jean-Pol BEAUTHIER and Dr. Tania DELABARDE
Editors in chief

CONFLICTS
DISASTERS
HUMANITARIAN
SITUATIONS
IS A SERIES OF
THE JOURNAL OF
FORENSIC MEDICINE

* Publisher's Note:

The *Journal of Forensic Medicine* is composed of six series:

Series A: Forensic Medicine Institutes Journal

Series B: Conflicts, Disasters, Humanitarian Situations

Series C: Physical Injury

Series E: Health, Law and Society

Series F: Clinical Forensic Medicine

THE REMAINS OF A SKELETON IN THE HISTORY OF A REGION

LES VESTIGES D'UN SQUELETTE ET L'HISTOIRE D'UNE RÉGION

Par **Ph. LEFÈVRE***, **F. BEAUTHIER***, **J.-P. BEAUTHIER*** & **P.-H. TILMANT****

SUMMARY

During excavation works for the renovation of a house lying at the Citadel foot of Namur (Belgium), skeletal remains were discovered. With members of the DVI, we exhumed bones fragments, including both hip bones which the left one was still connected. At the medial face of the left femur shaft, we find a concretion whose core consists of a bomb mortar fragment. In the neighborhood of these bony parts, ceramics fragments dated from the 17th and 18th centuries, animal bones and an ancient bullet-like were found. The anthropological study of the bones fragments after some reconstruction established that they belonged to a male adult of average stature.

The archaeological history of the site reveals that the dwelling house is located in a ravine « Le ravin de la Foliette » under the crossfire of two fortified places. We can therefore hypothesize that the skeleton remains are from a civilian or a soldier wounded by bomb fragments during one of the military sieges of Namur.

KEYWORDS

Forensic anthropology, Anatomy, Identification, Archaeology, History.

* Université Libre de Bruxelles, Laboratory of Anatomy, Biomechanics and Organogenesis - Forensic Anthropology Unit, Campus Erasme - Route de Lennik, 808 CP 619 - B-1070 Bruxelles.

** Service Public de Wallonie, Service de l'Archéologie de la Direction extérieure de Namur.

Corresponding author: Philippe Lefèvre, Université Libre de Bruxelles, Laboratory of Anatomy, Biomechanics and Organogenesis - Forensic Anthropology Unit, Campus Erasme - Route de Lennik, 808 CP 619 - B-1070 Bruxelles. philippe.lefevre@ulb.ac.be

RÉSUMÉ

Au cours de travaux d'excavation pour la rénovation d'une maison située au pied de la Citadelle de Namur (Belgique), les restes d'un squelette humain ont été découverts. Accompagnés par les membres du DVI (Disaster Victim Identification), nous avons exhumé des fragments d'os, y compris les deux os de la hanche dont l'os coxal gauche était toujours en connexion anatomique avec le fémur. À la face médiale de la diaphyse du fémur gauche, nous trouvons une concrétion dont le noyau est constitué d'un fragment d'obus de mortier. Dans le voisinage des pièces osseuses, des fragments de céramiques datés des 17^e et 18^e siècles, des os d'animaux et une ancienne balle de fusil sont retrouvés. L'étude anthropologique des fragments osseux, après reconstruction, permet d'établir qu'ils appartenaient à un homme adulte de taille moyenne.

L'histoire archéologique du site révèle que la maison d'habitation est située dans un ravin « Le Ravin de la Foliette » situé sous le feu croisé de deux places fortes. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les restes squelettiques sont ceux d'un civil ou d'un soldat blessé par des éclats de bombe pendant l'un des sièges militaires de Namur.

MOTS-CLÉS

Anthropologie médico-légale, Anatomie, Identification, Archéologie, Histoire.

1. INTRODUCTION

Several cases of infanticides which occurred a few years ago in Belgium sensitized the public-at-large and the Criminal Investigation Department when bony remains were fortuitously discovered. These bones were accidentally found during routine police investigation not related to crime [3], on road work-site construction or while restoration or building dwelling houses. In this context, and allowing a call from the DVI (Disaster Victim Identification), our forensic unit arrived at the premises of a house built in 1931 next to a ravine named "Le Ravin de la Foliette" at the foot of the Citadel of Namur, which is city located in the southern part of Belgium. Several osseous remains were exposed from under a recently built concrete fence bordering the dwelling entry. These bones were located in a cavity (dimensions in cm: 20x 20 x30) dug in a light soil resulting from the natural decomposition of schist. A few meters further, other osseous fragments, broken bricks and shards of varnished potteries are also discovered. The first goal of the mission was to consider the human or animal

origin of the bony remains. The post-mortem interval had to be estimated because of statute limitation regulations (30 years in Belgium when dealing with human bones). Another point-of-interest was attempting to explain the presence of these remains, and of the biological and mineral artefacts assuming the historical context of the location.

The purpose of the present article is to link the different materials discovered, and to give hypotheses of their mutual relationships either using medico-legal and anatomical elements, or from the historical context of the city of Namur and its Citadel [6].

2. MATERIAL AND METHODS

The excavations and sieving of the soil found under the above-mentioned concrete fence and in the surrounding ground allowed establishing the inventory of osseous fragments of various types: ceramic, potteries, animals and human bones. [(Fig.1 The fence along the dwelling entry (left) and excavation (right)) (Fig.2 Bones fragments)...].



Figure 1a

PH. LEFÈVRE, F. BEAUTHIER, J.-P. BEAUTHIER, P.-H. TILMANT



Figure 1b

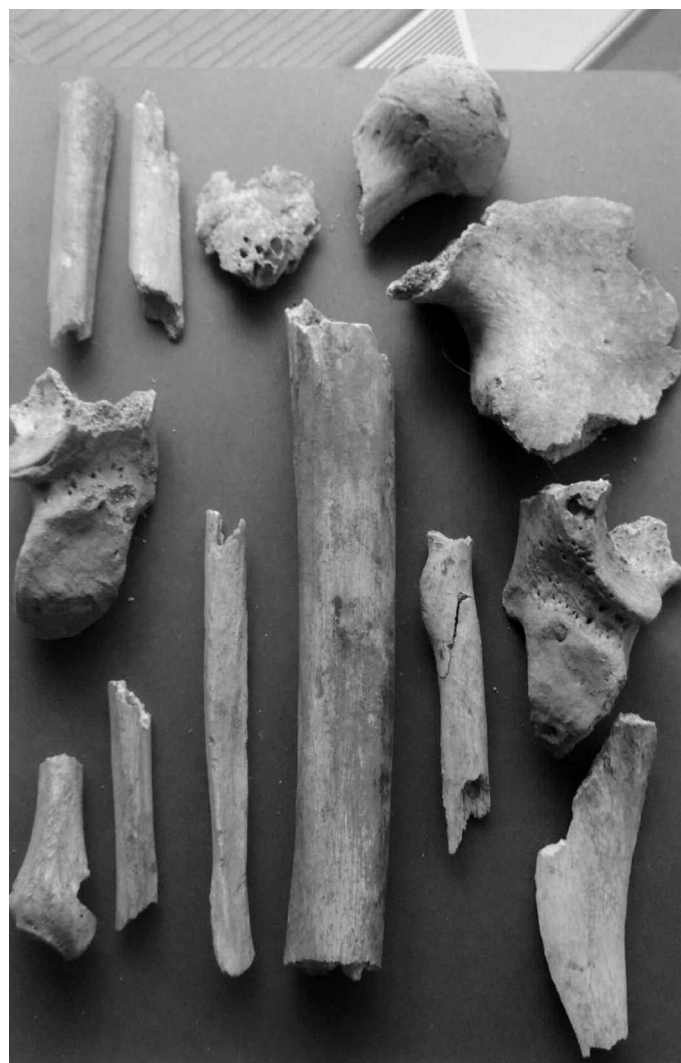


Figure 2

These fragments were unequally distributed in the soil substrate made up of mixed schist, rubbish and broken ancient bricks. A round metallic ball, which shape was close to a bullet-like ballistic projectile was also found at the same location. (Fig.3 Bullet-like projectile).

We determined the osseous fragments origin and their age by macroscopic examination and comparative anatomy [9].

The estimation of the sex was carried out using the vertical and sagittal femoral head diameters [2, 8, 13], the bicondylar width and the width between the patellar surface and the femoral condyles (medial and lateral) [1].

The stature was estimated after rebuilding of the left femur superior epiphysis according to the Steele's method [18, 22, 24]. The following measurements were then performed: F1 = distance measured between the middle of the lesser trochanter and the top of the femoral head, F4 = medial condyle height. (Fig.4 Segments F1 and F4. Method of Steele).

The femur length was then estimated according to the following equation: $0.65 (F1) + 40.91 \pm 2.32 \text{ cm}$; $5.51 (F4) + 24.661 \pm 2.55 \text{ cm}$.

This femur length was then compared to the tables of Trotter & Gleser [20] and Olivier [16]. Aging was estimated by a meticulous examination of the various osseous fragments because the usual bony elements used for age estimation purposes (e.g., pubic symphysis, 4th rib, auricular surface, acetabular fossa, cranial sutures) were either absent or strongly damaged. The post-mortem interval was also estimated according to the state of the bones fragments and the observation of the taphonomic action affecting bone tissues [11, 14, 17, 21, 23].

3. RESULTS

We were in the presence of two different sites; a first site (Site 1) containing the human bones discovered



Figure 3

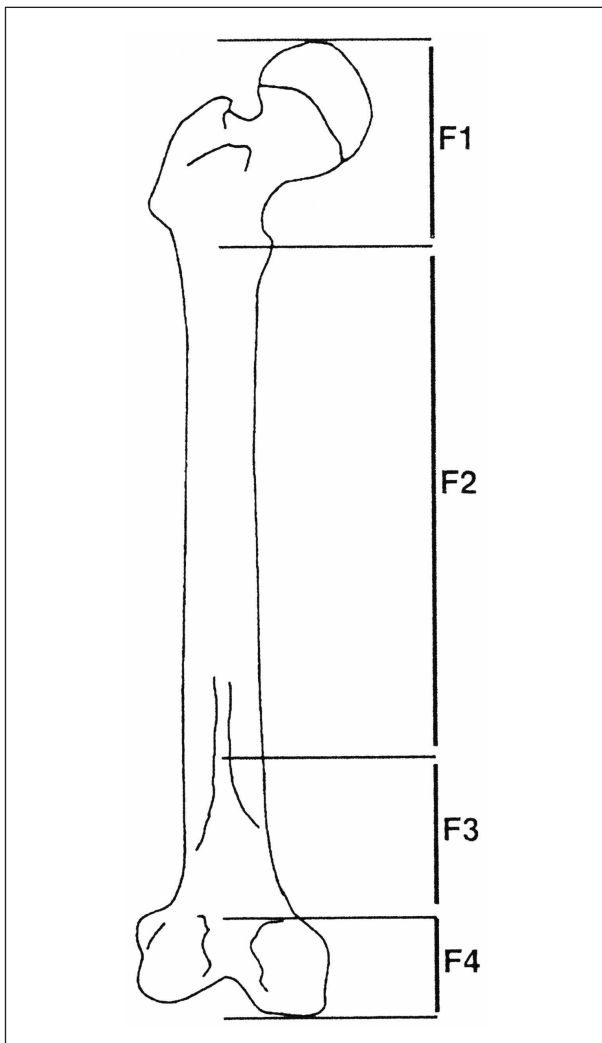


Figure 4

under the concrete fence and a second site (Site 2) located at seven meters of Site 1 and composed of pottery shards and animals bones remains.

3.1. Site 1

Among the first bony fragments that were discovered (i.e., fragments of femur, tibia, fibula, cranial bones...), a left femur and the related hip bone was also found (Fig.5 Excavation under the fence with right and left hip bones fragments). Further, a second hip bone was discovered. Table 1 gives the list of the collected bones. The following estimations from bone measurements were obtained:

3.1.1. Post-mortem interval

The diaphysis fragments of long bones (femur, tibia, fibula) present, along their longitudinal axis, cracks due to temperature and weather variations. The different faces of these diaphysis also showed traces of repeated scavenging activities by necrophagous insects and fauna. (Fig.6 Fragment of left tibia diaphysis with cracks).

The medullary cavities of the fragments were invaded by rootlets and the cavities walls were covered with soil. Epiphyseal cancellous bone and the fragments of the flat bones (i.e., ilium) were fragile. This cancellous bone were also invaded by rootlets and soil. (Fig.7 Cancellous bone and rootlet. Proximal epiphysis of left tibia)



Figure 5

Anatomical Regions	Bones
Cranium	1) Sphenoidal sinus; 2) Bony palate; 3) Left petrous part of temporal bone; 4) Fragments of parietal and frontal bones; 5) Left and right mastoid processes; 6) Spheno-occipital synchondrosis.
Vertebral column	1) Superior articular process of lumbar vertebra LV; 2) Vertebral bodies fragments of thoracic and lumbar vertebrae.
Upper limb	Fragments of right radius (proximal part of the diaphysis with radial tuberosity and distal part).
Lower limb	1) Fragments of left femur (greater trochanter, head and neck, proximal and middle parts of the diaphysis, distal epiphysis); 2) Fragments of right femur (part of the proximal epiphysis, incomplete femur head); 3) Fragments of left tibia (diaphysis and proximal epiphysis); 4) Fragments of left ilium (acetabular fossa, ischium with ischial tuberosity, auricular surface with a part of the greater sciatic notch and a part of the body of ilium); 5) Fragments of right ilium (incomplete acetabular fossa, ischium with incomplete ischial tuberosity, a part of the greater sciatic notch and an incomplete part of the body of ilium); 6) Fragments of left fibula (proximal epiphysis, head, part of the diaphysis); 7) Fragments of right fibula (middle and distal parts of the diaphysis).
Note	1) About fifty bones fragments of small size, mainly cancellous bone from the parts described above and an average length of 0.5 to 3 cm; 2) Two molars with the occlusal surface is abraded, with no decay.

Table I. Enumeration of the bones fragments from under the fence.



Figure 6

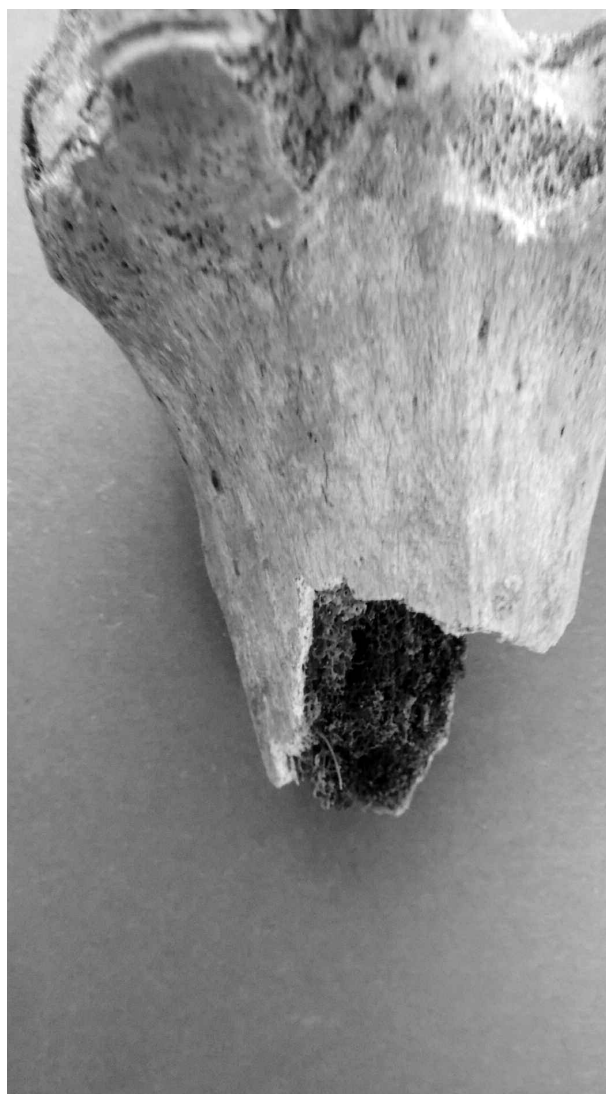


Figure 7

PH. LEFÈVRE, F. BEAUTHIER, J.-P. BEAUTHIER, P.-H. TILMANT

Estimations	Results	Conclusions
Sexe	Vertical Diameter of femur head : 50 mm	♂ > 45.5 mm
	Sagittal Diameter of femur head: 48 mm	♂ > 48 mm; ♀ < 43 mm
	Bicondylar width of femur distal epiphysis: 83.20 mm	♂ > 79.6 mm
	Distance patellar surface – Lateral condyle of femur distal epiphysis: 66 mm Distance patellar surface – Medial condyle of femur distal epiphysis: 70 mm	♂ : 61 ± 0.35 mm; ♀ : 56 ± 0.36 mm ♂ : 64 ± 0.39 mm; ♀ : 59 ± 0.36 mm Muscles insertions are clearly marked.
Stature	Steele Method: femur length with segment F1: 45.65 ± 2.32 cm femur length with segment F4: 46.15 ± 2.55 cm	Tables of Trotter & Gleser : F1: Stature: 170 ± 2.32 cm F4: Stature: 171 ± 2.55 cm Table of Olivier : 169.17 ± 3.27 cm
Aging	Complete fusion of the spheno-occipital synchondrosis; Complete fusion of the long bones metaphysis; Bones without degenerative signs (osteoarthritis, calcification, osteophytes, erosion of articular surfaces) or convincing signs of advanced senescence.	Adult subject

Table II. Anthropometric study of various bones and fragments.

Certain parts of the trabecular bone contained several stones of small size resulting from a collapse-crushing process of the osseous material under the effect of the ground weight. These observations let us suppose that the age of these various bones fragments was above 30 years.

The nature of the finding could therefore be qualified as archaeological according to the Belgian legislation.

3.1.2. Minimal amount of individuals (MNI)

The examination of the various bones and fragments discovered at this location suggested the presence of only one individual in this area.

3.1.3. Anthropometric analysis (Table 2)

In conclusion, we estimated that these osseous remains could belong to an adult male individual

showing an estimated stature around 170 cm (estimated interval between 165.9 cm and 173.55 cm). The bullet-like agglomerated metallic fragment, which was found embedded in the medial face of the left femur appeared to be a fragment of shell or bomb used in combination with mortar during the 18th century. [(Fig.8 Fragment of a mortar bomb (embedded in the medial face of left femur shaft)].

3.2. Site 2

Several scattered fragments of long bones of animal origins of various size were mixed with pottery and ceramic shards. These animals bones fragments are of various origin (cow, pig, sheep). The study of these bones and artefact fragments showed that this particular spot was used as rubbish storage (i.e., pit dug in open ground or low-pits for latrines) dating between the 16th and 18th centuries. (Fig.9 Fragments of ceramics from the 17th and 18th centuries).

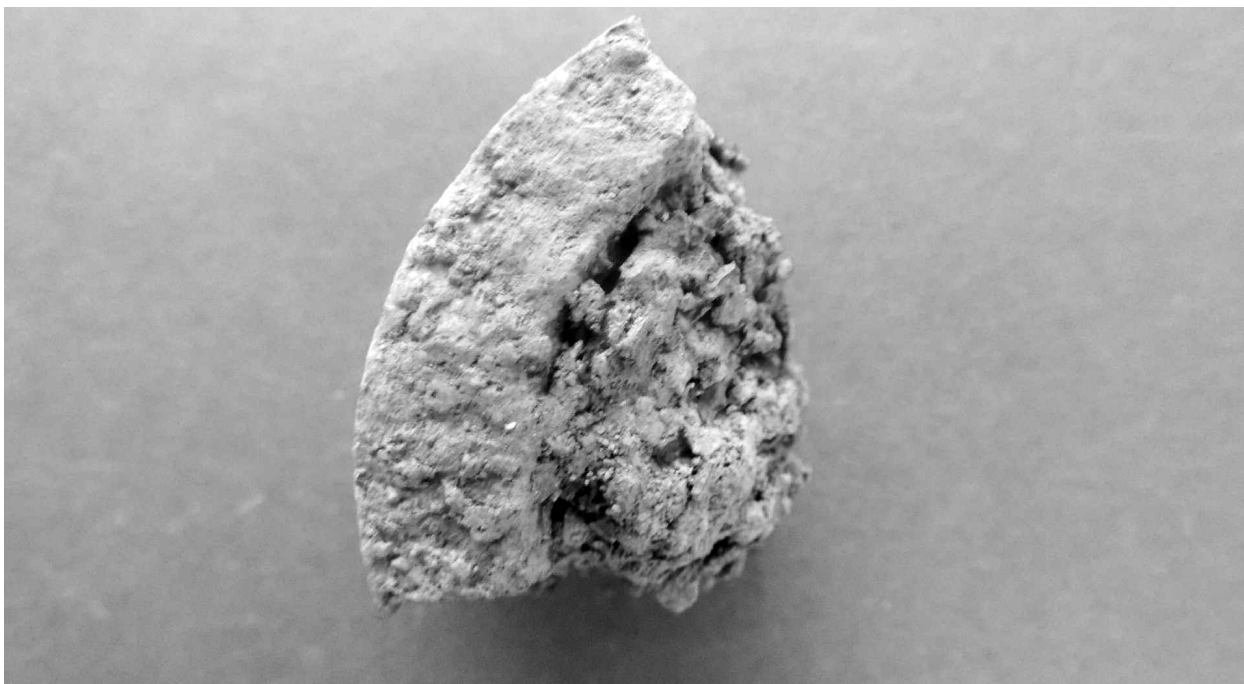


Figure 8



Figure 9

PH. LEFÈVRE, F. BEAUTHIER, J.-P. BEAUTHIER, P.-H. TILMANT

4. DISCUSSION

The estimation of the stature by the Steele's method is regularly subjected to criticisms in particular with regard to certain osseous landmarks because their positions are not very accurate. In this paper, the selected landmarks were localised in a more precise way. For the conversion of the bone length measurement into stature estimation, the traditional Trotter & Gleser's tables was adopted; however we also considered the so-called "table of Olivier" whose estimation of the stature is based on measurements more adapted to our European populations. For safety reasons, we also could not further prospect the site under the concrete fence.

Furthermore, such destruction would require the removing of a large quantity of ground.

As we were in the presence of an archaeological finding, we could not continue this exhumation. The decision would be different in the event of recent human remains.

The Citadel of Namur, improved by Vauban, was a strategic military place at the confluence of two rivers (the Sambre and the Meuse). In this period, Namur was the most important fortified town of the Southern Netherlands. This fortress witnessed many battles during the 17th and 18th centuries. The Nine Years' War (1688-1697) during which Louis XIV and the Ottoman Empire faced Guillaume III, Leopold I (Emperor of the Holy Roman Empire), Charles II, King of Spain and the Savoy [12]. The last important war of Louis XIV in 1704 will be the war of Succession of Spain. In 1746, the war of Succession of Austria took place and then arrived the episodes of the French Revolution wars (1792 and 1794) [5].

The dwelling in restoration is situated on the side of the "Ravin de la Foliette".

Researches were performed by the City Record Office of the town in order to determine if there were really ancient buildings (16th, 17th and 18th centuries) in the vicinity of the contemporary building. The ancient plans, whose reproductions are preserved at the Service of Archaeology, revealed that indeed, several buildings were built since 1703 in the "Ravin de la Foliette"; they appear on the plans of 1703, 1747, 1757 and 1834. Taking into account the relative topographic precision of these plans, it is not possible to superimpose them rigorously on the current plans and location inaccuracy are possible. In addition, cartographers of the 18th century often simply copied the work of their predecessors without any update of the data map. Although it is difficult to claim with certainty that there is clear relationships between the remains (bones and artefacts) with the building nearby, it is a completely probable assumption.

The ceramics fragments were examined by an expert who dated these fragments without ambiguity from

the 17th and 18th centuries. The fact that the discovered set did not comprise almost any earthenware or porcelain fragments excluded a dating from 19th or 20th centuries. The association of animals bones and ceramics fragments could indicate the presence of low-pit of latrines. Such habit in Namur during that period is demonstrated by the frequent archaeological findings of such nature [excavations of the "Grognon (foot of the Citadel), of the "Place Pied du Château", of the "Rue Basse-Marcelle"...]. In these low-pits were used to collect food remains and objects or fragments of objects considered as unusable (ceramics, metal, glass, animals bones, shells, leather, wood...). The necessary work to the foundations of the palisade destroyed any archaeological link between the discoveries on Sites 1 and 2; there is not any more stratigraphic relation between them. Thenceforth, nothing proves from a chronological point-of-view that the human bones (Site 1) and the ceramics with the animals bones fragments (Site 2) date from the same period. It is however the most probable assumption according to the reduced distance separating the two sites.

None of the old maps show cemeteries on the building site, nor in a general way in the "Ravin de la Foliette". This ravine apparently did not host, during the medieval period, any religious building where burials could take place according to this period habits. The presence of a burial at this place cannot thus be explained according to the above mentioned observations.

The human bones were exhumed in the "Ravin de la Foliette" which represents a rather deep small valley separating two high points: the Citadel at the East side with on the opposite side the "Château des Comtes", "Médiane" and "Terra Nova" and the "Montagne du Diable".

On the latter, was built between 1690-1691, the "Fort d'Orange" or "Fort Guillaume". In the event of conflict, the ravine was in an unfavourable position, wedged between two major targets for the attackers artillery: Terra Nova and the "Fort d'Orange". This situation is well-illustrated by the strategic military maps of the 18th century. [(Fig.10 Situation of the dwelling house (yellow star) in the "Ravin de la Foliette" between Terra Nova, Médiane (Citadel) and the "Fort Guillaume")]

On these maps, appear the mortars and guns batteries of artillery as well as the theoretical trajectories of the projectiles. [(Fig.11 Position of the artillery batteries and the theoretical trajectories of the shootings (in red)]

According to these plans, the "Ravin de la Foliette", even if it is not a direct target is very unfavourably located and it is probable that badly adjusted shootings reached the gulch several times by missing their targets.

The metal fragment embedded in the medial face of the left femur was a fragment of bomb projected by a

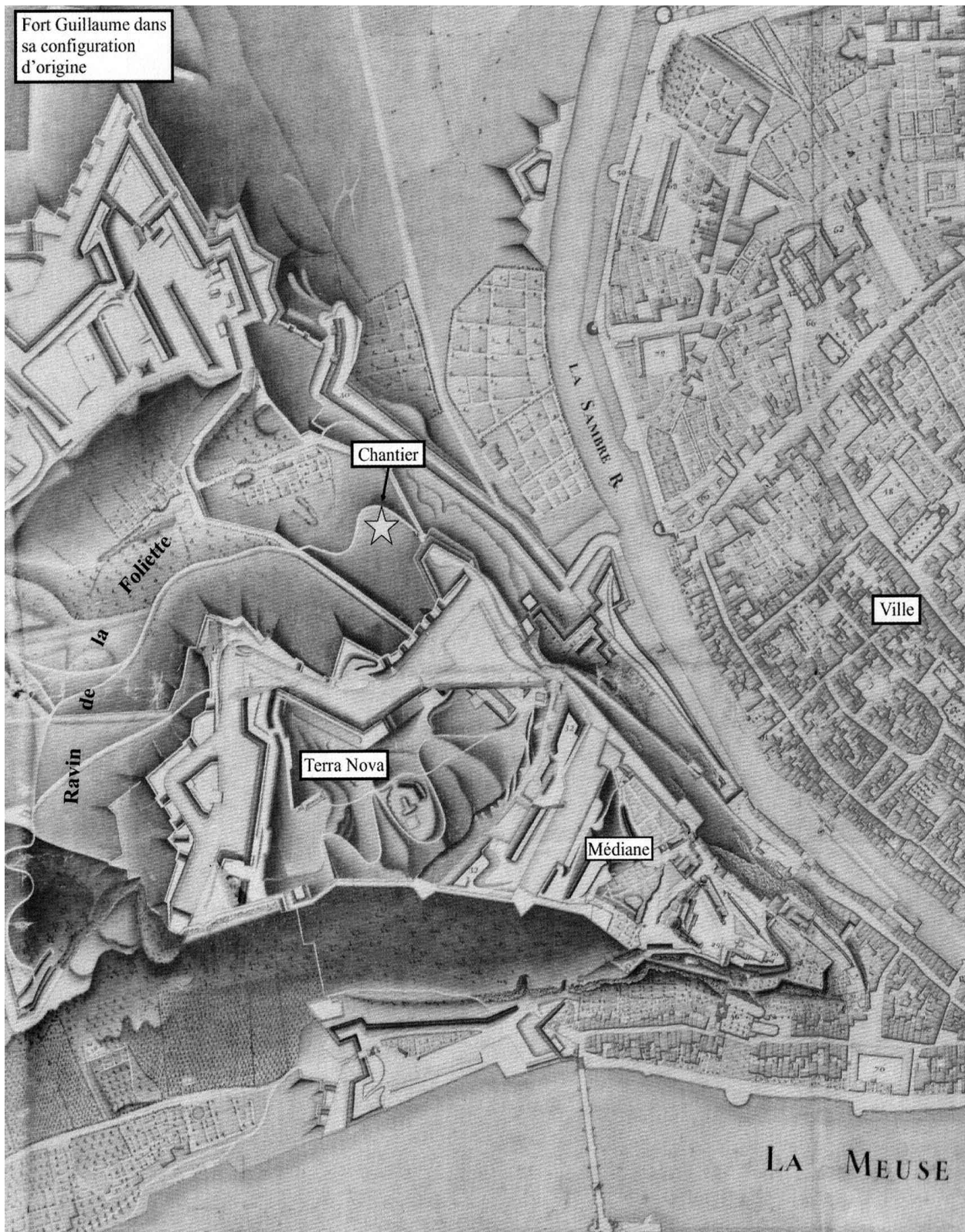


Figure 10

PH. LEFÈVRE, F. BEAUTHIER, J.-P. BEAUTHIER, P.-H. TILMANT

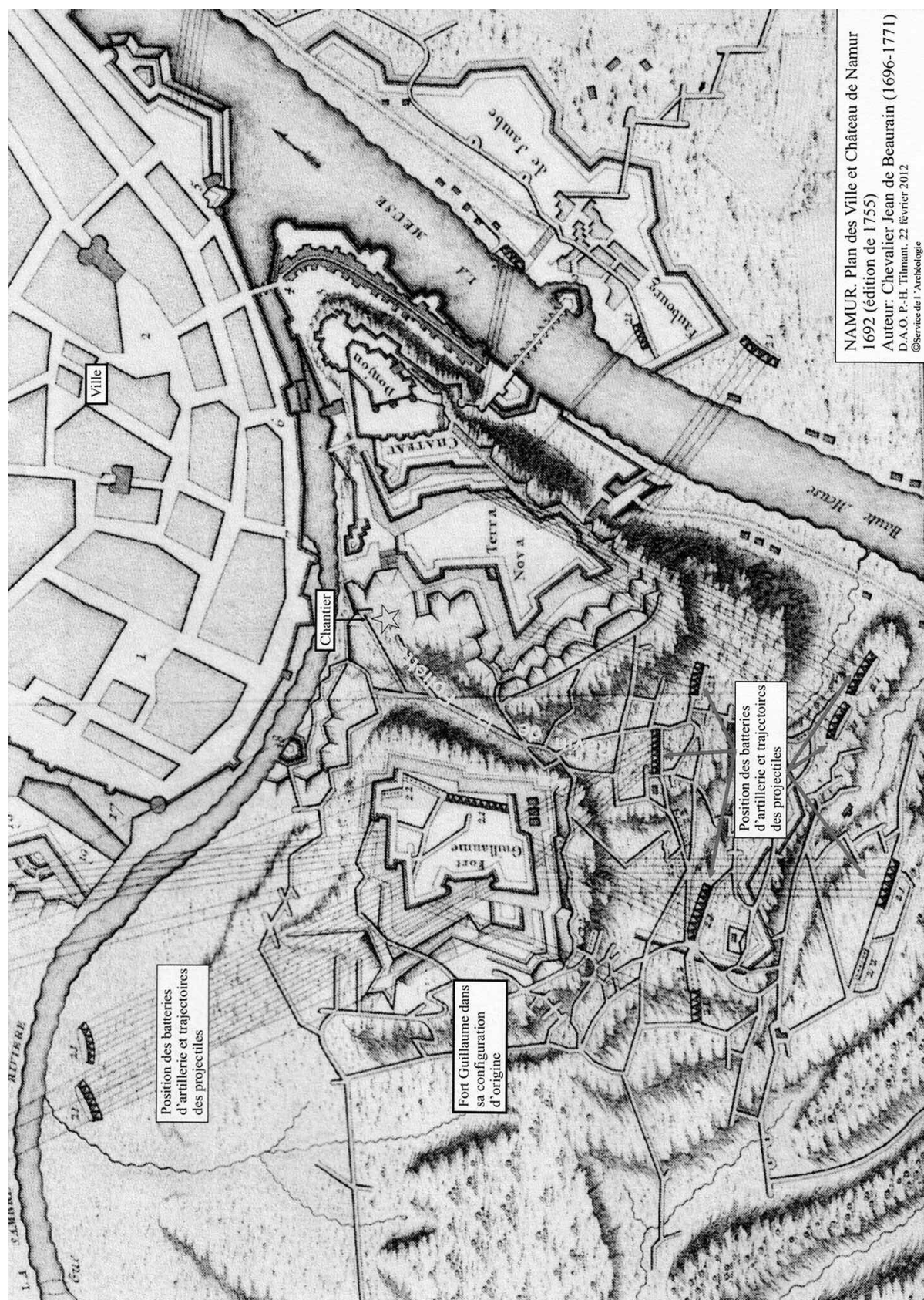


Figure 11

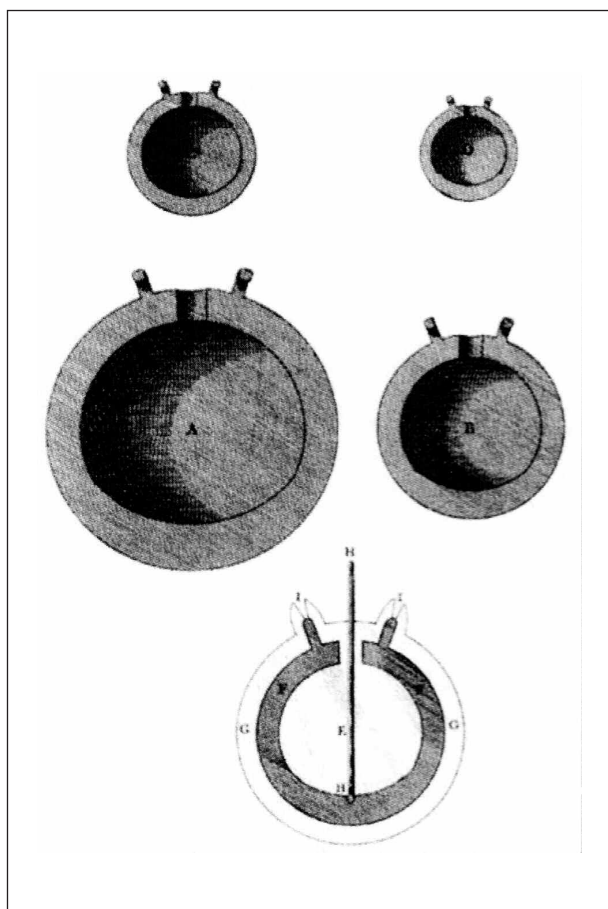


Figure 12

mortar. The principle of a hollow projectile filled with powder and exploding on a target is well known since the beginning of the 17th century (Fig. 12 Different types of mortar bombs – 17th century. D'après Surirey de Saint-Remy, Mémoires d'Artillerie, Paris, 1697). Batteries of these mortars are reproduced on the ancient plans.

The medial region of the thigh contains large blood vessels for the lower limb vascularization (superficial, deep femoral arteries and veins). The arteries, with an average diameter about 9 mm, have a significant blood flow (about 25 – 30 mL/min) [10, 19].

This is why an injury in the medial area of the thigh (in particular by a projectile of firearm) can be responsible, in the absence of immediate care, for an irreversible haemorrhage leading quickly to a fatal hypovolemic shock [4, 7].

Because of the presence of the concrete fence, the impossibility of digging more deeply and the fragile consistency of the bones fragments, we could not recover other parts of the skeleton on which we could, perhaps, observe other traces of passing projectiles. It should be recalled that a bullet was also found in the earthfills near the skeletal remains.

The historical and anatomical context allows to assume that the discovered burial would be of a person, civilian

or military victim, in the “Ravin de la Foliette” or even elsewhere, of one or more shrapnels of mortar bomb from an artillery shooting during one of the attacks in the end of 17th or during the 18th century.

It is probable that during one of the sieges undergone by Namur, the bodies of all the killed victims could not always be evacuated and properly buried in a cemetery. The siege of 1692 lasted from May 26 to June 30; allied troops defending Namur against Louis XIV lost about 4,000 to 5,000 men. The attack of 1695 (from July 3 to August 30) was murderous; the casualties were estimated from 10,000 to 16,000 men. Some of them were certainly buried on site within the shortest time in order to avoid any risk of epidemic [15].

A similar discovery was made in 1921. Two skeletons were exhumed during earthworks necessary to establish a Monument and linked with the sieges suffered by the city of Namur.

5. CONCLUSION

There is no formal archaeological prove to link the human remains to the animals bones associated with the ceramics fragments. The dating allotted to these fragments (17th and 18th centuries) cannot thus apply strictly to the human bones according to the techniques of archaeology and the modifications of the ground by the mechanical machines. Nevertheless, their proximity makes probable the assumption according to which the human bones would date from this period.

Parts of the skeleton remained inaccessible and its excavation would allow perhaps to collect objects, fragments of objects or any other element to specify the dating.

The historical context attached to the “Ravin de la Foliette” where part of the skeleton was exhumed, allows supposes that an individual deceased during one of the sieges of Namur, probably during 17th or the 18th century was buried at that location.

ACKNOWLEDGMENTS

Special thanks to S. Challe from the «Direction de l'Archéologie» for the valuation of the ceramics fragments and to P. Vandromme from DVI for her help during the excavations.

Thank you to prof. S. Van Sint Jan for assisting as translator.

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALUNNI-PERRET V., STACCINI P., QUATREHOMME G. - Sex determination from the distal part of the femur in a French contemporary population. *Forensic Sci. Int.*, 2008, 175, 113-117.
- [2] BASS W.M. - *Human osteology. A laboratory and field manual*. Columbia, Missouri Archeological Society. 1995.
- [3] BEAUTHIER J.-P., LEFÈVRE PH., POLET C., WERQUIN J.-P., ORBAN R. - Les aléas d'une enquête anthropologique sur des squelettes de la Première Guerre mondiale. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2010, 53, 4, 1-9.
- [4] BEAUTHIER J.-P. - *Traité de Médecine Légale*, 2nd ed. Paris, Bruxelles, De Boeck Université. 2011.
- [5] BRAGARD PH., BRUCH V. - *Namur 1713-1794. Le siècle des Hasbourg d'Autriche*. Les éditions namuroises. 2001.
- [6] BRAGARD Ph. - *Namur en état de siège. De Jules César au général Hodges*. Ed. Les Amis de la Citadelle de Namur. 2004.
- [7] DI MAIO V.J.M. - Gunshot wounds: practical aspects of firearms, ballistics and forensic techniques. Boca Raton, London, CRC Press. 1999. In: Beauthier JP. *Traité de Médecine Légale*, 2nd ed. Paris, Bruxelles, De Boeck Université. 2011, 297-316.
- [8] DU JARDIN Ph., PONSAILLE J., ALUNNI-PERRET V., QUATREHOMME G. - A comparison between neural network and other metric methods to determine sex from upper femur in a modern French population. *Forensic Sci. Int.*, 2009, 192, 127.e1-127.e 6.
- [9] FRANCE D.L. - *Human and Nonhuman Bone Identification. A Concise Field Guide*. CRC Press. Boca Raton, New York. 2011.
- [10] GOSLING J.A., HARRIS P.F., HUMPHERSON J.R., WHITMORE I., WILLAN P.L.T. - *Human Anatomy*. Gower Medical Publishing, London. 1990.
- [11] HAGLUND W.D., HARNISH SORG M. - *Advances in Forensic Taphonomy: Method, Theory and Archeological Perspectives*. CRC Press LLC, Florida. 2002.
- [12] LYNN J.A. - *The wars of Louis XIV: 1667-1714*. Logman. 1999.
- [13] MALL G., GRAW M., GEHRING K.D. - Hubig M Determination of sex from femora. *Forensic Sci. Int.*, 2000, 113, 315-321.
- [14] MANN R.W., BASS W.M., MEADOWS L. - Time Since Death and Decomposition of the Human Body: Variables and Observations in Case and experimental Fields Studies. *J. Forensic Sci.*, 1990, 35, 1, 103-111.
- [15] MORIAMÉ M.A., WEBER J.P., BRUCH V. - *Namur 1692. Louis XIV à Namur. Histoire d'un siège*. Les éditions namuroises. 1992.
- [16] OLIVIER G. - L'estimation de la stature par les os longs des membres. *Bulletin et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 1963, 4, 3, 433- 449.
- [17] QUATREHOMME G. - Anthropologie médico-légale. In: *L'identification en médecine légale. Aspects actuels*. Ed. D. Malicier Paris ESKA Editions, 2003, 81-128.
- [18] STEELE D.G., MCKERN T.W. - A method for assessment of maximum long bone length and living stature from fragmentary long bones. *Am J Phys Anthropol.*, 1969, 31, 215-228.
- [19] TANK P.W., GEST R.T. - *Atlas of Anatomy*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore. 2009.
- [20] TROTTER M. and GLESER G.C. - Estimation of stature from long bones of American Whites and Negroes. *Am J Phys Anthropol.*, 1952, 16, 79-123. In: Bass WM *Human osteology. A laboratory and field manual*. Columbia: Missouri Archeological Society. 1995, 27-28.
- [21] UBELAKER D.H. - *Human skeletal remains*. Taraxacum. Washington. 1999.
- [22] VIGNAL J.N. - Application de la méthode de Steele pour l'estimation de la taille à partir d'os longs fragmentaires. Exposé de trois cas concrets. *Biom Hum Anthropol.*, 1998, 16, 3-4, 151-158.
- [23] VILLA C., LYNNERUP N. - Age estimation of skeletal remains: principal methods. *Research and Reports in Forensic Medical science*, 2014, 4, 3-9.
- [24] WRIGHT L.E., VÁSQUEZ M.A. - Estimation the Length of Incomplete Long Bones: Forensic Standards From Guatemala. *Am J Phys Anthropol.*, 2003, 120, 233-251.

ESTIMATION DE L'ÂGE EN MATIÈRE D'ODONTOLOGIE MÉDICO-LÉGALE

AGE DETERMINATION IN LEGAL MEDICINE

Par J.-P. WERQUIN*

RÉSUMÉ

L'étude de la dentition est un élément clé pour la détermination de l'âge en médecine légale. Cet article aborde différentes méthodes d'utilisation courante chez la personne vivante ou décédée et s'intègrent avec les paramètres relevant d'autres disciplines, telle la médecine légale et l'anthropologie. Différentes périodes sont étudiées : la période fœtale, la naissance, l'enfance, la période pubertaire et l'âge adulte.

MOTS-CLÉS

Odontologie médico-légale, Estimation âge.

SUMMARY

The study of the dentition is a key method for age determination in legal medicine. In this article we will discuss several frequently methods used by dead or alive people in combination with data provided by other disciplines e.g. legal medicine and anthropology. The used methods depend on the different stages: the fetal period, birth, childhood, puberty, adultery.

KEYWORDS

Forensic odontology, Age determination.

* Stomatologiste, Spécialiste en médecine d'assurances et expertises médicales, ULB, avenue de Mai n° 45, 200 Bruxelles, Belgique.
jp.werquin@skynet.be

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'estimation de l'âge d'un individu vivant ou décédé sur base de l'étude odontologique, diverses méthodes sont utilisées.

En comparaison avec les techniques utilisées en anthropologie et en médecine légale, celles-ci s'intéressent aux diverses périodes de la vie qui se caractérisent par : l'édification des germes dentaires ainsi que leur éruption en cavité buccale, la permutation de la dentition lactéale au profit de la dentition définitive, étape qui se clôturera par la formation et l'éruption éventuelle des dents de sagesse pour aboutir finalement à l'inexorable dégradation et modification structurelle de l'organe dentaire en conséquence de son passage en cavité buccale.

Trois périodes peuvent être ainsi définies : la première correspond chez le fœtus et chez l'enfant à l'apparition des cryptes dentaires au sein des structures osseuses maxillaire et mandibulaire, suivie par l'installation de la dentition lactéale ensuite par la permutation, phase transitionnelle qui verra le remplacement des dents lactéales par les dents définitives.

La seconde période marque le terme de cet intervalle dit « de permutation » avec l'apparition du germe de la dent de sagesse et le dernier cycle démarre lorsque toutes les dents définitives auront fait leur apparition en bouche.

Précisons toutefois que dans le processus de formation et/ou d'éruption, toute dent peut faire l'objet d'une agénésie ou d'une rétention, ce qui peut engendrer dans cette dernière éventualité le phénomène d'inclusion, en position ectopique ou non.

PREMIÈRE PÉRIODE : DE LA NAISSANCE (DENTAIRE) AU CONFINS DE L'ÂGE ADULTE

Dès l'âge de 25-26 semaines in utero, des cryptes dentaires se sont individualisées au sein des ébauches des mâchoires et laissent apparaître dans leur sein les processus de minéralisation des dents antérieures [1].

La naissance correspond à un environnement métabolique différent puisque le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine associée à la respiration pulmonaire ainsi qu'à la modification de l'apport nutritif se produit ; ce phénomène se marque plus particulièrement par une modification structurale des prismes d'émail quelques jours après la naissance, changement visible tant en microscopie optique qu'en microscopie électronique.

Cette modification répond à la constitution de la ligne néonatale, décrite dans les travaux de Whittaker et Richards [2] et appelée également ligne d'Orban.

Après la naissance, l'édification des germes dentaires se poursuit à hauteur des couronnes puis des racines

pour aboutir à l'éruption progressive des dents de lait en cavité buccale.

Cette période s'échelonne de six mois après la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, moment où va apparaître en bouche la dentition lactéale consécutivement à l'éruption d'une dent de lait par quadrant tous les six mois pour aboutir à l'installation sur les arcades alvéolaires de toutes les dents de lait.

Un intervalle de repos s'installe jusqu'à l'âge de six ans.

Ensuite vient une période de transition encore appelée permutation : celle-ci verra le remplacement progressif des dents de lait par les dents définitives à la suite d'un processus d'éruption d'une dent définitive par quadrant tous les ans.

La première dent définitive est une molaire qui, contrairement aux dents définitives qui vont sortir devant elle et vont résorber au préalable les racines des dents lactéales, ne va pas lyser les racines d'une dent lactéale puisqu'elle vient se placer en arrière de la dernière molaire de lait vers l'âge de six ans.

Ces différents processus de formation et d'éruption de la dentition lactéale et définitive sont répertoriés dans des tables de développement de la dentition humaine dont les plus connues sont celles de Schour et Massler [3], publiées par l'American Dental Association, et reprises par celles d'Ubelaker [4].

Les tables d'AlQahtani [5] sont plus récentes et nous livrent les phases de constitution et d'éruption de germes dentaires espacées d'un an à partir de l'âge de trente semaines in utero pour se terminer à l'âge de vingt-trois ans et demi.

Il est remarquable de constater que ces processus chronologiques d'élaboration de l'organe dentaire ne seraient pas influencés par les phénomènes environnementaux tels que la malnutrition [6, 7] et sont davantage contrôlés par des facteurs génétiques, contrairement à la maturation osseuse [8] qui semble, elle, plus soumise à des facteurs environnementaux.

Sur le plan de l'incidence du sexe par rapport à l'édification dentaire, il apparaît que les racines se forment plus précocement dans le sexe féminin, plus particulièrement pour la canine inférieure, telle qu'il en ressort dans les travaux de Moorees, Fanning et Hunt [9] qui décrivent également les périodes de formation de l'organe dentaire ainsi que celles de la résorption des racines des dents temporaires.

Ce constat se retrouve également à l'examen du diagramme de Hurme [10], dans la méthode de Demirjian [11] ainsi que dans les études de Mc Kenna & coll. [12].

Il s'est avéré que la méthode de Demirjian, basée sur un échantillon d'enfants canadiens, aussi précise fut-elle, devait être adaptée aux populations étudiées car elle pouvait révéler une surestimation de l'âge chez des individus issus d'une population européenne [13, 14].

Cette caractéristique inhérente à la méthode utilisée entraîne comme conséquence la difficulté d'établir une formule commune pour l'ensemble des populations constitutives du monde [15].

L'estimation de l'âge selon ces diverses méthodes d'étude de l'édification et de l'éruption dentaires nécessite la plupart du temps l'usage de la radiographie panoramique qui dévoile les stades de minéralisation des couronnes et des racines dentaires tels qu'ils se présentent plus particulièrement au sein des structures osseuses des mâchoires.

SECONDE PÉRIODE : ÉLABORATION DE LA DENT DE SAGESSE

Cette période est capitale car elle tourne autour de l'âge où les enjeux sont importants sur le plan des conséquences pénales et civiles.

Il en est de même pour une prise en charge par le service des tutelles des demandeurs d'asile qualifiés de mineurs étrangers non accompagnés soit par l'acronyme de : MENA [16].

Des lignes-guides ont par ailleurs été élaborées dans le cadre de l'estimation de l'âge à ce moment, basées sur l'examen clinique, l'examen odontologique, l'examen radiologique de la clavicule et du poignet.

Les travaux de base de l'équipe de Willems [17], que Liversidge [18] a comparées à d'autres méthodes, servent encore de référence lorsqu'il s'agit d'estimer l'âge d'un individu de sexe masculin ou féminin, sur base d'un examen radiologique dentaire.

Plus récemment, Olze [19] permet, en tenant compte de la visibilité radiographique de la pulpe des racines des troisièmes molaires, de classer l'individu examiné à plus ou moins 18 ans ainsi qu'à plus de 21 ans. L'état d'édification coronoradiculaire des dents de sagesse, établie selon les études de Gleiser et Hunt [20] sert de base à l'estimation et sur le plan du dimorphisme sexuel, il semblerait que les troisièmes molaires se développent plus tôt chez les garçons que chez les filles comme tend à le prouver une étude de Mincer [21] publiée par l'ABFO (American Board of Forensic Odontology).

Ce dernier constat est également établi dans une étude effectuée par Thevissen [22] sur plusieurs populations d'origine différentes.

Selon Olze [23], des études de populations diverses sont encore nécessaires à établir puisqu'il met en évidence des stades d'édifications variant selon l'échantillon étudié qu'il soit d'origine caucasienne, africaine et asiatique.

L'examen de l'édification de la dent de sagesse peut être combiné à l'étude du stade de développement de la colonne cervicale sur une téléradiographie de profil, examen radiologique qui documente souvent la prise en charge thérapeutique orthodontique [24].

TROISIÈME PÉRIODE : MODIFICATION STRUCTURELLE DES TISSUS DENTAIRE

Cette étape, basée sur le vieillissement physiologique de l'organe dentaire peut néanmoins être influencée par des phénomènes pathologiques qui vont interférer sur les processus physiologiques, constat qui peut induire des biais dans les mesures effectuées aux fins d'une estimation de l'âge sur base de l'examen dentaire.

Cette constatation peut engendrer une moins grande précision des méthodes utilisées dans ce contexte par rapport aux méthodes fondées sur les stades de développement dentaire.

Les méthodes utilisées pour l'estimation de l'âge chez l'adulte sont soit morphologiques, soit histologiques, soit biochimiques et nécessitent une extraction dentaire ; elles sont également radiologiques, ce qui en autorise dès lors l'utilisation chez l'individu vivant sans devoir passer par l'extraction dentaire.

Gustafson [25] a défini en 1947 six paramètres relevant du vieillissement des tissus dentaires : l'usure de la couronne (indice A), l'apposition de la dentine secondaire (indice S), la parodontose (indice P), l'apposition cémentaire périradiculaire (indice C), la transparence radiculaire (indice T) et la résorption radiculaire (indice R).

La méthode de Gustafson fut ensuite reprise à leur compte par d'autres auteurs (Dalitz [26], Miles [27], Johanson [28], Maples [29] et Solheim [30] qui, sur base de l'examen de mille dents d'une population caucasienne d'une tranche d'âge de seize à quatre-vingt ans, ajouta des critères supplémentaires à ceux décrits antérieurement, pour aboutir à des formules de régression élaborées réunissant une quinzaine de facteurs.

L'étude de la coloration dentaire fait également partie de ces facteurs et son usage est consacré dans les études de Collet [31].

Bang et Ramm [32] ont plus particulièrement développé une méthode basée sur l'examen de la transparence radiculaire au niveau de l'apex à l'aide d'une source lumineuse de 16 watts et il leur semblait que cet indice était le moins susceptible d'être influencé par les éléments extérieurs.

L'usage de la radiologie conventionnelle permet à Kvaal [33] d'effectuer une estimation de l'âge, sur base de l'étude proportionnelle des longueurs radiculaires et coronaires ainsi que des largeurs pulpaires et pulporadiculaires puisqu'avec l'âge, l'espace correspondant à la cavité pulporadiculaire se comble progressivement par apposition de dentine secondaire.

Cette étude permet d'effectuer une estimation de l'âge chez la personne vivante, sans devoir bien sûr procéder à une extraction dentaire puisque la prise d'une simple radiographie apicale endobuccale est suffisante.

Cette méthode ne semble pas être reproductible sur base de clichés panoramiques numériques [34] et la méthode de Cameriere [35] fait usage d'une étude informatique du rapport entre la surface de la pulpe et du contour dentaire de canines maxillaires et mandibulaires à partir de radiographies rétroalvéolaires numériques.

Celle-ci confirme une forte corrélation entre les mesures et l'âge, sous réserve [36] que l'on puisse appliquer la méthode en faisant des études sur des échantillons de taille plus large.

Le développement de la microtomographie à rayons X a permis Someda [37] d'effectuer une corrélation avec l'âge d'après l'étude du volume pulpaire par rapport avec le volume de la couronne entière sans tenir compte de la partie énamélaire.

L'étude des rapports entre les volumes pulpaire et coronaire à différents niveaux dentaires détermine [38] une meilleure corrélation avec l'âge à hauteur du tiers supérieur radiculaire, juste en dessous du collet dentaire.

La méthode de Lamendin [39], encore appelée « méthode de Gustafson simplifiée » est basée sur l'étude de la translucidité radiculaire et la parodontose, mises en rapport avec la longueur radiculaire et représente un procédé simple et rapide comparative-ment aux autres méthodes.

Cette dernière, utilisée en association à d'autres méthodes anthropologiques (études de la symphyse pubienne, de l'extrémité sternale de la quatrième côte, de la section fémorale) sur 19 individus décédés d'âge connu a montré la fiabilité de la méthode lorsqu'elle est utilisée par un examinateur rompu [40] à l'usage de cette technique.

D'autres procédés, moins couramment utilisés et nécessitant des découpes précises au sein de tissus dentaires peuvent également être décrits tels que celui de Ito [41] qui étudie le rapport entre les surfaces d'émail, de dentine coronaire et de cavité pulpaire.

Il en est de même pour l'observation histologique en coupe des zones hyperminéralisées alternant avec des couches moins minéralisées à hauteur du tissu cémentaire des racines dentaires et qui autorise Kagerer et Grupe [42] à effectuer une datation correspondant, selon ces auteurs, à une chronicité annuelle d'apposition de ces structures annulaires au sein du ciment des racines dentaires.

Ces stries d'apposition cémentaire sont révélées au microscope selon Maat [43] de façon plus distincte lorsque la section radiculaire ne se fait pas perpendiculairement à l'axe mais plutôt de façon perpendiculaire par rapport à la surface dentaire.

Il existe néanmoins une importante variabilité intra-individuelle de ligne d'incrémentaire sur une même dent comme le démontre l'étude effectuée par L. Lanteri et coll. [44].

Plus récemment, depuis l'avènement des explorations radiologiques par cone-beam CTscan, les structures

dentaires sont explorées dans un espace tridimensionnel [45] et l'optimisation des logiciels de mesure des volumes dentaires et pulpaire, associée à la sélection d'échantillons plus importants et variés restent une voie d'approche future dans le contexte de l'imagerie médicale utilisée aux fins d'effectuer l'estimation de l'âge.

Enfin, sur le plan chimique, l'étude de la racémisation de l'acide aspartique [46] contenu dans le tissu dentinaire reste une approche intéressante dans le cadre de l'estimation de l'âge mais elle est sujette à des fluctuations de l'environnement telles que la température et le pH puisque, en conditions froides et/ou basiques, la transformation de sa forme lévogyre (L) en forme dextrogyre (D) se fait plus lentement.

CONCLUSION

L'estimation de l'âge d'un individu, vivant ou décédé, nécessite, lorsque les circonstances le permettent, au recours à l'investigation des données dentaires de la personne examinée.

Elle a l'avantage de reposer sur des structures organiques solides, capables de subir les contraintes du temps ainsi que les contraintes physiques sans trop éprouver d'altération dans leur aspect et leur visibilité. Si l'estimation de l'âge, basée sur la chronologie de l'édification et de l'éruption dentaire rencontre un consensus généralisé pour les individus de moins de 20 ans, le travail devient, pour les classes d'âges ultérieures, plus hésitant.

Les phénomènes de sénescences ne sont en effet pas aussi simples et linéaires car ils dépendent d'une multitude de facteurs génétiques et environnementaux ; des imprécisions sont liées notamment aux conditions de vie, aux pathologies survenues pendant ou après la croissance.

Les données recueillies par les méthodes d'examen dentaire telle que décrites dans le présent article – sans être néanmoins limitatives – ont intérêt, pour être complètes, à être corrélées avec les données collationnées au cours des investigations anthropologiques et médico-légales.

Une proposition en ce sens, conforme à celle élaborée par Beauthier [47] est présentée au tableau 1 ; les méthodes sur le plan dentaire d'estimation de l'âge au cours des différentes périodes de la vie sont intégrées à celles qui sont utilisées en anthropologie et en médecine légale.

Elles peuvent être détaillées comme suit.

DT1 = Stades d'éruption dentaire (en ce compris l'analyse de la formation des germes, la maturation et le développement dentaire).

DT2 = Edification coronaire et/ou radiculaire.

DT3 = Eléments de dégradation (usure coronaire, apposition dentine secondaire, transparence radiculaire, apposition de ciment...).



Classes d'âge	Estimation de l'âge au décès : Méthodes proposées (Beauthier 2009)									
Fœtus	Paramètres anthropométriques	Centres d'ossification	DT1 DT2							
Enfant		Centres d'ossification	DT1 DT2							
Adolescent 15 - 20 ans		Centres d'ossification	DT1 DT2							
Jeune adulte 21 - 39 ans		(Centres d'ossification)	DT2 DT3	Surface auriculaire de l'os coxal & Acétabulum	Symphyse Pubienne	4 ^e côte				
Adulte d'âge moyen 40 - 59 ans			DT3	Surface auriculaire de l'os coxal & Acétabulum	Symphyse Pubienne	4 ^e Côte	Sutures de la voûte crânienne	Sutures palatines	Sutures fronto-naso-maxillaires et zygomatiques	
Adulte âgé 60 - 79 ans			DT3	(Surface auriculaire de l'os coxal & Acétabulum)	(Symphyse Pubienne)	(4 ^e côte)	(Sutures de la voûte crânienne)	Sutures palatines	Sutures fronto-naso-maxillaires et zygomatiques	HISTO
Adulte très âgé ≥ 80 ans			DT3					Sutures palatines	Sutures fronto-naso-maxillaires et zygomatiques	HISTO

Tableau 1 : Estimation de l'âge au décès en fonction de différentes classes d'âge.

La constitution de bases de données correspondant à diverses populations d'âge connu et d'horizons différents devront à l'avenir être élaborées en appliquant les diverses méthodes d'estimation de l'âge tant dentaires qu'anthropologiques.

Le recours à plusieurs méthodes permet à l'heure actuelle, non d'augmenter la précision, mais reste susceptible de confirmer une certaine cohérence dans l'interprétation des résultats. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] WITTAKER D.K., MC DONALD D.G. - A colour atlas of forensic dentistry. *Wolfe Publishing Ltd*, 1982, 58-60.
- [2] WITTAKER D.K., RICHARDS D. - Scanning electron microscopy of the neonatal line in human enamel. *Arch. Oral Biolo.*, 1978, 23, 45-47.
- [3] SCHOUR I., MASSLER M. - The development of the human dentition, 1941, *J. Am. Dent. Assoc.* 20, 379-427.
- [4] UBELAKER D. H. - Human skeletal remains, 1999, *Manual on archeology 2* (3d Ed) Taraxacum Publisher Washington.
- [5] ALQHATANI S.J., LIVERSIDGE H.M., HECTOR M.P. - Atlas of tooth development and eruption, *Am. J. Phys. Anthropol.*, 2010, Jul, 142 (3), 481-90.
- [6] ELAMIN F., LIVERSIDGE HM. - Malnutrition has no effect on the timing of human tooth formation, *PLoS One*, 2013, Aug 30, 8(8).
- [7] CAMERIERE R., FLORES-MIR C., MAURICIO F., FERRANTE L. - Effect of nutrition on timing of mineralization in teeth in a Peruvian sample by the Cameriere and Demirjian methods, *Ann. Hum. Biol.*, 2007, Sep-Oct, 34 (5), 547-56.
- [8] NOLLA C. - The development of the permanent teeth, *J. Dent. Child.* 1960, 27, 254.



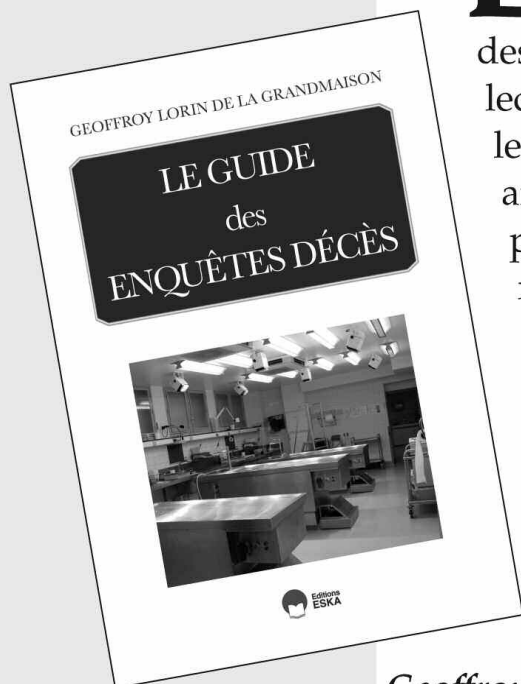
- [9] MOOREES C.F.A., FANNING E.A., HUNT E.E. - Age variation of formation stages for ten permanent teeth., *J. Dent. Res.*, 1963, 42, n° 6, 1490-1502.
- [10] HURME V.O. - Ranges of normality in the eruption of permanent teeth., *J. Dent. Child* 1949, 16.
- [11] DEMIRJIAN A. & GOLDSTEIN H. - *A new system of dental age assessment*, *Ann. Hum. Biol.*, 1973, 45, 211-27.
- [12] MCKENNA C., JAMES H., TAYLOR A. ET TOWNSEND G. - Tooth development standards for South Australia, in *Australian Dental Journal*, 2002, 47 (3), 223-227.
- [13] WILLEMS G., VAN OLMEN A., SPIESSENS B., CARELS C. - Dental age estimation in Belgian children: Demirjian's technique revisited., *J. Forensic Sci.*, 2001, 46 (4), 893-5.
- [14] NYSTROM M., HAATAJA J., KATAJA M., EVALAHTI M., PECK L., KLEEMOLA-KUJALA E. - Dental maturity in Finnish children, estimated from the development of seven permanent mandibular teeth. *Acta Odontol. Scand.*, 1986, 44 (4), 193-8.
- [15] LIVERSIDGE HM, SPEECHLY T, HECTOR MP - Dental maturation in British children: are Demirjian's standards applicable?, *Int. J. Paediatr. Dent.*, 1999, 9 (4), 263-9.
- [16] THEVISSSEN P.W., KVAAL S.I., DIERIKX K., WILLEMS G. - Ethics in age estimation of unaccompanied minors. *J. of forensic odontostom.*, 2012, 30 suppl 1:85-102.
- [17] GUNST K., MESOTTEN K., CARBONEZ A. & WILLEMS G. - Third molar root development in relation to chronological age : a large sample sized retrospective study, *Forensic Sci. Int.*, 2003, 136 (1-3); 52-7
- [18] LIVERSIDGE H.M., SMITH B.H., MABER M. - Bias and accuracy of age estimation using developing teeth in 946 children, *Am. J. Phys. Anthropol.*, 2010, 143 (4), 545-54.
- [19] OLZE A., SOLHEIM T., SCHULZ R., KUPFER M., SCHMELING A. - Evaluation of theradiographic visibility of the root pulp in the lower third molars for the purpose of forensic age estimation in living individuals, *Int J Legal Med* 2010, 124 (3), 183-6.
- [20] GLEISER I. & HUNT E. - The permanent first molar: its calcification, *Am. J. Phys. Anthropol.*, 1955, 13, 253-284.
- [21] MINCER H.H., HARRIS E.F., BERRYMAN H.E. - The A.B.F.O. study of third molar development and its use as an estimator of chronological age, *J. Forensic Sci.*, 1993, 38 (2), 379-390.
- [22] THEVISSSEN P.W., FIEUWS S., WILLEMS G. - Human third molars development : Comparison of 9 country specific populations, *Forensic Science International*, 2010, 201, Issues 1-3, 10, 102-105.
- [23] OLZE A., REISINGER W., GESERICK G., SCHMELING A. - Age estimation of unaccompanied minors, Part II Dental aspects., *Forensic Sci. Int.*, 2006, 159, Supplement 1, S64-S67.
- [24] BACETTI T., FRANCHI L., MC NAMARA J. A. - An improved version of the cervical vertebral maturation method for the assessment of mandibular growth, *Angle Orthodontist*, 2010, 72, n° 4, 316-323.
- [25] GUSTAFSON G. - Microscopic examination of teeth as a means of identification in forensic medicine, *J. Am. Dent. Ass.*, 1947, 41, 720-24.
- [26] DALITZ G.D. - Age determination of adult remains by teeth examination, *J Forensic Sc. Soc.*, 31962, 11-21.
- [27] MILES A.E.W. - Dentition in the estimation of age, *J. Dent. Res.*, 1963, 42, 255-263.
- [28] JOHANSON G. - Age determination from teeth. *Odontologisk Revy*, 1971, 22, 1-126.
- [29] MAPLES W.R., RICE P.M - An improved technique using dental histology for estimation of adult age, *J. Forensic Sci.*, 1978, 23, 264-70.
- [30] SOLHEIM T. - A new method for dental age estimation in adults, *Forensic Sc. Int.*, 1993, 59, 137-147.
- [31] COLLET G., LECOMTE D., HOUET F, Odontométrie et évaluation de l'âge : coordonnées numériques de la teinte des racines dentaires, *Biom. Hum. et Anthropol.*, 1998, 16, 3-4, 139-143.
- [32] BANG G. & RAMM E. - Determination of age in humans from root dentine transparency, *Acta Odontol. Scand.*, 1970, 28, 3-35.
- [33] KVAAL S. & al. - Age estimation of adults from dental radiographs, *Forensic Sc. Int.*, 1995, 74, 175-185.
- [34] LANDA M.I., GARAMENDI P.M., BOTELLA M.C., ALEMAN I. - Application of the method of Kvaal et al. to digital orthopantomograms, *Int. J. Legal Med.*, 2009, 123 (2), 123-8.
- [35] CAMERIERE R., FERRANTE L., BELCASTRO M.G., BONFIGLIOLI B., RASTELLI E., CINGOLANI M. - Age estimation by pulp/tooth ratio in canines by peri-apical X-rays, *J. Forensic Sci.*, 2007, 52 (1), 166-70.
- [36] CAMERIERE R., CUNHA E., SASSAROLI E., NUZZOLESE E., FERRANTE L. - Age estimation by pulp/tooth area ratio in canines : study of a Portuguese sample to test Cameriere's method, *Forensic Sci. Int.*, 2009, 193 (1-3), 128, 1-6.
- [37] SOMEDA H., SAKA H., MATSUNAGA S., IDE Y., NAKAHARA K., HIRATA S. - Age estimation based on three-dimensional measurement of mandibular central incisors in Japanese, *Forensic Sci. Int.*, 2009, 185 (1-3), 110-4.
- [38] ABOSHI H., TAKAHASHI T., KOMURO T. - Age estimation using microfocus X-ray computed tomography of lower premolars, *Forensic Sci. Int.*, 2010, 200 (1-3), 35-40.
- [39] LAMENDIN H. & al. - A simple technique for age estimation in adult corpses : the two criteria dental method, *J. Forensic Sci.*, 1992, 37, 1373-1379.
- [40] BACCINO E. UBELAKER D., HAYEK L.A., ZERILLI A. - Evaluation of seven methods of estimating age at death from mature human skeletal remains, *J. Forensic Sci.*, 1999, 44 (5), 931-936.
- [41] ITO S. - Age estimation based on tooth crowns, *Int. J. Forensic Dent.*, 1975, 3, 9-14.
- [42] KAGERER P., GRUPE G. - Age-at-death diagnosis and determination of life-history parameters by incre-

- mental lines in human dental cementum as an identification aid, *Forensic Sc. Int.*, 2011, 18, 75-82.
- [43] MAAT G.J.R., GERRESTSEN R.R.R., AARENTS M.J. - Improving the visibility of tooth cementum annulations by adjustment of the cutting angle of microscopic sections, *Forensic Sc. Int.*, 2006, 159, Supplement 1, S95-S99.
- [44] LANTERI L., SCHMITT A., FOTI B. - Variabilité intra-individuelle de l'estimation de l'âge au décès adulte à partir des anneaux du ciment dentaire, *Bull. Mém. Soc. Anthropol.*, 2014, 26, 23-33.
- [45] VANDEVOORT F.M., BERGMANS L., VAN CLEYNENBREUGEL J., BIELEN D.J., LAMBRECHTS P., WEVERS M., PEIRS A., WILLEMS G. - Age calculation using X-ray microfocus computed tomographical scanning of teeth : a pilot study, *J. Forensic Sci.*, 2005, 49, 787-790.
- [46] OHTANI S., YAMAMOTO T. - Strategy for the estimation of chronological age using the aspartic acid racemization method with special reference to coefficient of correlation between D/L ratios and ages, *J. Forensic Sci.*, 2005, 50, 1-8.
- [47] BEAUTHIER J.P. - *Traité de médecine légale*, De Boeck & Larcier s.a. (seconde édition), 2011, 1054 pages.

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 €
+ 3,51 € 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 € + 3,51 € de frais de port, soit € x exemplaires = €

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

☐ Carte Bleue Visa n° Date d'expiration :

Signature obligatoire :

☐ 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 : Catherine Duval - e-mail : catherine.duval@eska.fr
12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

LES HUMANITAIRES FACE À ÉBOLA QUAND TOMBENT LES MASQUES

HUMANITARIAN WORKERS CONFRONTED WITH EBOLA: WHEN THE MASKS FALL

Par Evelyne JOSSE*

RÉSUMÉ

Risque de contagion, inconfort de la tenue de protection, surcharge de travail, situations de danger, confrontation à la mort et à des personnes en grande souffrance sont le lot du personnel humanitaire venant en aide aux populations dans les régions concernées par les épidémies à virus Ébola.

MOTS-CLÉS

Ébola, Personnel humanitaire, Stress, Flame-out, Traumatisation vicariante, Stress cumulatif.

SUMMARY

Risk of contagion, uncomfortable protective clothing, work overload, danger, facing death and people with great suffering: this is the lot of humanitarian workers who come to help the population in areas concerned by the Ebola epidemic.

KEYWORDS

Ebola, Humanitarian workers, Stress, Flame-out, Vicarious traumatisation, Cumulative stress.

* Psychologue, psychothérapeute, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 La Hulpe, Belgique.
evelynejosse@gmail.com - www.resilience-psy.com

INTRODUCTION

L'ampleur de la dernière épidémie à virus Ébola et les craintes d'une propagation mondiale de la maladie ont placé sous le feu des projecteurs cette problématique peu connue. Les scientifiques, les professionnels de la santé et les responsables politiques se sont attelés à organiser la lutte contre ce fléau et à apporter leur soutien aux pays concernés. Parallèlement, la couverture médiatique a éveillé un vif intérêt au sein du grand public.

Depuis le mois de mars 2014, les organisations humanitaires ont dépêché de nombreux expatriés dans les régions concernées par l'épidémie pour venir en aide aux populations en danger. C'est aux difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain qu'est dédié le présent article. Commençons par rappeler quelques notions essentielles sur la maladie à virus Ébola.

ÉBOLA, L'ESSENTIEL

La maladie Ébola doit son nom à une rivière de la République Démocratique du Congo. C'est près de ses berges, à l'hôpital de Yambuku, dans la région de l'Équateur, que le virus a été identifié en 1976 par un médecin belge, le Docteur Peter Piot.

Le virus Ébola, d'apparence filamenteuse, appartient à la famille des filovirus. Certaines espèces tropicales de chauves-souris frugivores constituent vraisemblablement son réservoir naturel ; celles-ci sont porteuses saines et ne présentent pas de signes cliniques de la maladie.

Le virion se transmet à l'homme par le contact avec du sang, des sécrétions, des organes ou des liquides biologiques de chauves-souris porteuses du virus ou d'animaux sauvages (singes, antilopes, porcs-épics, etc.) infectés par les chiroptères.

La contamination interhumaine se produit par le contact direct des muqueuses (de la bouche, du nez, des yeux, etc.) ou de lésions cutanées avec les fluides du corps dont les plus infectieux sont le sang, les selles et les vomissures. L'urine, le sperme, les sécrétions vaginales, la salive, les larmes et lait maternel présentent également un risque infectieux.

La période d'incubation varie de 2 à 21 jours. Dans une grande majorité de cas, les premiers symptômes surviennent entre le quatrième et le neuvième jour. Le taux de létalité est très élevé et peut atteindre 90% pour la souche virale la plus virulente (1).

La maladie Ébola débute par des symptômes non spécifiques de type grippal : fortes fièvres, fatigue, dou-

leurs musculaires, céphalées, perte d'appétit, nausées, etc. Apparaissent ensuite une faiblesse extrême, des diarrhées, des vomissements, des hémorragies, des troubles rénaux et hépatiques.

En période d'incubation d'Ébola, la personne ne présente pas de risque pour son entourage, la contagiosité ne débutant qu'avec la phase symptomatique de l'infection. Plus la maladie est à un stade avancé, plus la charge virale est importante et plus la personne est contagieuse. Les dépouilles mortelles constituent de véritables bombes à virus et sont extrêmement dangereuses. Pour les malades guéris, la contagiosité prend fin avec la disparition des symptômes. Toutefois, la détection prolongée après la guérison clinique de matériel viral dans le sperme, incite à la prudence dans les semaines postcritiques. Le recours au préservatif est indispensable pendant trois mois.

Entre 1976 et 2013, le virus a sévi par petites épidémies sporadiques au Gabon, en République Démocratique du Congo, en Ouganda et au Soudan. La dernière épidémie a débuté en Guinée, probablement en décembre 2013 et a été formellement identifiée en mars 2014. Elle s'est étendue rapidement à plusieurs régions du pays avant de gagner le Liberia et la Sierra Leone. Des cas ont également été notifiés au Nigeria, au Sénégal et au Mali. D'une ampleur sans précédent, cette flambée épidémique a inquiété le monde entier.

À ce jour, il n'existe aucun traitement curatif ni vaccin homologué contre l'infection. La prise en charge médicale se limite à soutenir l'organisme le temps nécessaire pour lui permettre de développer les anticorps capables de combattre et d'éliminer le virus. Les soins consistent à traiter les symptômes (déshydratation, nausées, fièvre, douleur, etc.) et les pathologies concomitantes (paludisme, surinfections, etc.) et à administrer une prophylaxie antibiotique et antipaludique. La correction par médicaments intraveineux et oraux des désordres hydroélectrolytiques provoqués par les diarrhées et les vomissements ainsi que le traitement des infections intercurrentes améliorent sensiblement les chances de survie des patients. Actuellement, des essais cliniques de traitement et de vaccins sont en cours et donnent quelque espoir pour l'avenir.

LE STRESS DE HUMANITAIRES CONFRONTÉS À ÉBOLA

La peur de la contamination

Lorsqu'on évoque Ébola, le premier facteur de stress qui vient à l'esprit est sans nul doute la crainte de contracter le virus.

(1) À ce jour, il existe 5 souches connues dont l'une, appelée Ebola Reston, est complètement asymptomatique chez l'homme. Le taux de mortalité est directement lié au type de la souche virale.

Dans les structures de soins, les expatriés sont confrontés aux malades et aux dépouilles de patients décédés des suites d'Ébola. Ils sont donc indubitablement exposés au risque de contagion. Ce risque est peu élevé mais possible comme en attestent les quelques cas de contamination de collaborateurs nationaux et internationaux d'organisations humanitaires. Ainsi, vingt huit collaborateurs de Médecins Sans Frontières, dont trois expatriés, ont été infectés par le virus et quatorze d'entre eux y ont succombé (2). Certes, les intervenants ont confiance dans les mesures recommandées pour se prémunir d'un contact direct avec les fluides infectés et suivent scrupuleusement les procédures protectives. Toutefois, ils redoutent l'accident, par exemple, d'être piqués par une aiguille infectée en plaçant une perfusion à un patient agité. Ils craignent également de commettre une erreur dans un moment d'inattention. En effet, chacun sait que la fatigue altère les capacités de concentration et dans ce contexte, toute distraction peut entraîner des conséquences funestes.

Cette vigilance constante pour éviter tout risque de contamination induit un stress chronique. À l'image d'une goutte d'eau qui peu à peu, entame et creuse la pierre sur laquelle elle vient inexorablement tomber, l'état d'alerte permanent peut venir à bout des individus les plus résistants.

Dans la ville et les villages, hors du périmètre de l'hôpital où sont traités les patients, les expatriés risquent d'entrer en contact avec une personne infectée. C'est le cas des équipes expédiées sur les lieux où une alerte de nouveaux cas potentiels (3) a été lancée ainsi que celles chargées des funérailles de cas suspects survenus dans les villages. Bien entendu, dans ces situations, les humanitaires respectent des procédures protectives drastiques. Ainsi, tout contact physique non protégé est proscrit (ils ne serrent pas les mains pour saluer, ils revêtent une tenue de protection dans les situations à risque, etc.). Cependant, des contacts accidentels sont parfois inévitables notamment dans les zones reculées où l'étranger est une attraction pour les enfants qui accourent, saisissent sa main et s'accrochent à son bras avant qu'il ait eu le temps de réagir. De même, au

marché ou autres lieux d'affluence, les frôlements corporels sont souvent immanquables. Le risque de contracter Ébola par ces attouchements fortuits est infinitésimal, sinon nul, mais l'humanitaire stressé et épuisé qui s'est, par exemple, machinalement frotté l'œil avant de s'être désinfecté les mains peut imaginer les pires scénarii mentaux et angoisser.

La chaleur, la déshydratation (4) et la fatigue aidant, des expatriés peuvent éprouver de légers malaises, souffrir d'une migraine ou avoir l'impression d'être fiévreux. Ces symptômes anodins peuvent évoquer les premiers signes de la maladie Ébola. Les humanitaires risquent alors d'être victimes de leur imagination et de se raconter des films-catastrophe (5). D'autres peuvent souffrir d'une simple fièvre ou d'une diarrhée banale et interpréter à tort ces symptômes comme une infection par le virus (6).

Les craintes peuvent être majorées du fait que le rapatriement rapide dans le pays d'origine n'est pas assuré. En effet, face aux réticences des assurances ordinaires à transporter des patients possiblement infecté par le virus Ébola, les agences humanitaires sont souvent contraintes d'affréter un avion médicalisé privé. Dans le scénario du pire, l'humanitaire peut alors s'imaginer agonisant loin des siens.

Dans certains cas, la suspicion de contamination est malheureusement fondée. Par le passé, il est arrivé que des humanitaires soient les premiers à poser le diagnostic d'Ébola après avoir constaté que leurs patients présentaient des signes hémorragiques. Étant intervenus auprès de malades sans la tenue ad hoc (7), ils ont été considérés comme « personne-contact » et ont été en situation d'attente dramatique concernant leur statut virémique durant les 21 jours d'incubation. Au cours de la dernière épidémie, cette attente anxieuse a également été le lot des quelques collaborateurs nationaux et internationaux ayant manifesté une forte fièvre. Pour une minorité le diagnostic s'est révélé positif ; les autres en ont été quittes pour une grosse frayeur.

LES EXIGENCES PHYSIQUES

La tenue de protection

Pour se prémunir d'une contamination par les fluides biologiques et les surfaces infectés, le personnel soignant et les équipes d'hygiène en contact avec les malades et les dépouilles mortelles doivent porter une tenue couvrant complètement la peau et les muqueuses buccales et oculaires. Une dizaine de minutes est nécessaire pour revêtir cet équipement de protection composé d'une tenue chirurgicale, d'une combinaison intégrale étanche, de bottes en caoutchouc, d'un long tablier imperméable, d'une double

(2) Soulignons toutefois que la majorité d'entre eux se sont infectés en dehors de la sphère du travail. Après investigation, le nombre d'infectés dans les structures de soins ou pendant le temps travail est de trois expatriés et de trois membres du personnel local.

(3) Ils réfèrent les cas suspects vers les structures de soin.

(4) Résultant du port de la tenue de protection, voir infra.

(5) Inquiets, nombre d'entre eux vérifieront, par exemple, leur température à de multiples reprises.

(6) Lorsqu'ils présentent ce type de symptômes, Médecins Sans Frontières prend les mesures adéquates pour son personnel et effectuent les tests médicaux nécessaires.

(7) Le fait d'avoir adopté les précautions d'usage habituelles (port d'un masque, de gants, etc.) les a protégés.

paires de gants, d'une cagoule, d'un masque respiratoire et de lunettes-masque.

Dans les pays Africains, en raison de la chaleur et de l'humidité ambiante, la température sous la tenue peut atteindre 45 °C. Rapidement, la sueur coule le long du corps jusque dans les bottes et le visage ruisselle de transpiration ; la vue est gênée par la buée formée sur les lunettes et des perles de sueur tombent dans les yeux. Physiquement, il est pénible de rester plus d'une heure en tenue complète. Au-delà d'une heure-une heure trente, la déshydratation et l'hyperthermie menacent.

Le port de cette tenue protectrice gêne également les déplacements, réduit l'aisance des mouvements, entrave la dextérité et réduit le champ de vision. Or, les gestes médicaux routiniers, tels que réaliser une prise de sang ou poser une perfusion, réclament doigté et netteté de la vue. Le personnel médical et infirmier est ainsi embarrassé au quotidien dans l'exécution de ses tâches coutumières. C'est également vrai pour les hygiénistes responsables du transport des corps et de l'entretien des chambres ainsi que des logisticiens qui doivent parfois changer des ampoules électriques à trois mètres de haut !

À l'inconfort physique s'ajoute la crainte d'éprouver un malaise car tout « coup de chaud » pourrait avoir de fâcheuses conséquences. En effet, en cas d'évanouissement, l'intervenant risque, par exemple, lors de sa chute, de perdre les lunettes de protection et de se contaminer au contact du sol souillé. Il mettrait également en danger ses collègues qui devraient se précipiter pour lui porter secours.

Notons encore la difficulté éprouvée par les intervenants à établir un contact chaleureux et rassurant avec des malades qui ne peuvent les identifier. En effet, le visage dissimulé par la cagoule, le masque et les lunettes, rien ne permet de les distinguer les uns des autres (8).

Tout comme l'habillage, le déshabillage nécessite une dizaine de minutes. La procédure est rigoureuse. L'humanitaire doit retirer les différentes protections en exécutant des gestes précis suivant un ordre déterminé. Ôter la tenue souillée est une phase délicate. Commettre une erreur à ce stade peut conduire à l'exposition à des liquides biologiques ou à du matériel infecté et entraîner un risque de contamination. Débarrassé de sa combinaison, c'est trempé de sueur et fourbu que l'humanitaire quitte la « zone à haut risque » (9).

On l'aura compris, l'inconfort, la chaleur, la tension psychologique constante, la crainte de la contamination, de l'erreur ou du malaise sont des facteurs importants de stress répété. Jour après jour, la fatigue

et le stress s'accumulent pouvant pousser l'humanitaire au-delà de son seuil de tolérance.

Dans ce type de mission, nul n'est totalement à l'abri de l'angoisse car le stress permanent contribue à un état d'anxiété propice à son développement. L'intensité décuplée des efforts physiques résultant du port la tenue protectrice et la température élevée qu'elle génère, l'inconfort à respirer à travers le masque et la fatigue peuvent eux aussi favoriser la crise.

La charge de travail

Les humanitaires œuvrent dans des conditions difficiles, de longues heures par jour et de nombreux jours d'affilée, souvent sans période de relâche. La demande est tellement pressante qu'ils peinent à respecter des horaires de travail raisonnables et à s'accorder des jours de repos. Pour tenter de sauver des vies, soulager les malades ou construire les infrastructures d'accueil, certains vont au-delà du seuil physiquement acceptable ; ils travaillent douze heures par jour, sept jours sur sept, plusieurs semaines consécutives.

Mus par leur idéal, les humanitaires dévient ou méprisent leur fatigue, s'obstinent et refusent l'échec. Un piège réside pour eux dans le dépassement de leurs limites. Ils risquent d'entrer dans une phase de stress dépassé sans en avoir perçu les signaux précurseurs. L'épuisement peut alors apparaître brusquement : c'est le *flame-out*. On peut comparer cette extinction inopinée des mécanismes d'adaptation au stress à ce qui se produit lorsqu'un automobiliste poursuit sa route sans tenir compte ou sans percevoir le signal lumineux indiquant qu'il roule sur la réserve de carburant : le véhicule stoppe inopinément une fois le réservoir vidé. À l'inverse du *burn-out*, le *flame-out* s'amende rapidement à la faveur d'une courte période de repos (vacances, week-end prolongé).

LES EXIGENCES ÉMOTIONNELLES

Des patients en soins palliatifs

La profession d'humanitaire, et de soignant en particulier, a pour vocation de sauver des vies. Or, entre 50 et 90% des patients admis dans les structures de santé succombent des suites de la maladie Ébola, la prise en charge médicale se résumant fréquemment à prodiguer des soins palliatifs à des malades en phase terminale. Seul un traitement intensif administré dès les premiers signes de l'infection donne quelque chance de survie (10) ; malheureusement, un grand nombre

(8) Pour se faire reconnaître, nombre d'entre eux inscrivent leur prénom sur leur combinaison.

(9) Zone où sont hospitalisés les cas suspects et les cas confirmés.

(10) Toutefois, nous devons à la vérité de préciser que le facteur influençant le plus fortement le pronostic vital est la virémie. Plus la charge virale dans le sang est importante, plus les chances de survie sont faibles, même si le malade a été hospitalisé précocement.



de personnes infectées se présentent à l'hôpital à un stade avancé de la maladie, réduisant à néant tout espoir de guérison.

Diverses raisons expliquent le retard dans les soins apportés aux malades. Analysons-les.

Les rumeurs

Comme dans toute épidémie mortelle (11), de multiples rumeurs éclosent et se propagent rapidement, tant sur la maladie Ébola que sur les soignants étrangers impliqués dans la lutte contre l'épidémie. Voici quelques-unes des croyances erronées les plus fréquemment colportées : le virus Ébola n'existe pas, la maladie provient d'un sort jeté par un sorcier pour punir les villageois (12) ; le virus a été créé par les Occidentaux et introduit en Afrique par les organisations humanitaires qui prétendent le combattre ; le personnel sanitaire s'adonne au trafic d'organes : les malades sont tués pour prélever les parties de leur corps destinées à la vente et les dépouilles mortelles sont remplacées par des chiffons dans les sacs mortuaires ; les produits pulvérisés dans les maisons des malades contiennent du virus Ébola ou un poison mortel semblable aux pesticides et non une solution chlorée désinfectante.

Ces rumeurs ont des conséquences désastreuses et contribuent à la propagation de l'épidémie. Les incompréhensions et les malentendus provoquent la défiance des communautés touchées envers le personnel humanitaire et des centres de soins privant trop souvent les malades d'une aide médicale précoce. Des personnes souffrantes taisent leurs maux au risque de contaminer leur entourage et des familles dissimulent les malades au péril de leur propre vie. Souvent, la décision de rejoindre l'hôpital n'est prise qu'en dernier recours devant la dégradation dramatique de l'état général. Admis à l'hôpital au stade terminal de la maladie, les patients décèdent rapidement, ce qui conforte la méfiance des populations à l'égard des structures hospitalières considérées comme des mouiroirs.

La stigmatisation

Ébola, maladie hautement virulente, sans remède et souvent létale, frappe les populations locales d'effroi. Les malades et leurs proches subissent l'ostracisme de leur communauté, quand ils ne sont pas carrément

(11) Par exemple, les rumeurs sont fréquentes dans les épidémies de choléra. Elles l'ont été également dans les épidémies hémorragiques à virus de Marburg et dans les précédentes épidémies à virus Ébola.

(12) L'idée selon laquelle le virus Ébola n'existe pas, la maladie étant le résultat de la sorcellerie, a prédominé dans une épidémie précédente en République Démocratique du Congo.

(13) Par exemple, lors d'une épidémie précédente survenue en République Démocratique du Congo : immolation d'animaux, imposition des mains, désenvoûtement, scarifications, prières, etc. Dans l'épidémie actuelle, en Guinée, potion à base d'oignon et au Libéria, eau salée.

victimes d'actes de violence. La crainte de la stigmatisation et du rejet social doublée de la peur et de la suspicion à l'égard des organismes humanitaires les incitent trop souvent à retarder la prise en charge hospitalière, voire à y renoncer et à préférer des remèdes traditionnels inefficaces (13).

La crainte de l'isolement

D'autres raisons expliquent les réticences des malades et de leurs proches à rejoindre les structures de soins spécialisées. La plupart des malades redoutent d'être à l'hôpital, isolés, sans le soutien des leurs, alors qu'il est de coutume d'être veillé par un proche. Dans certains centres, les visites sont autorisées mais afin de limiter au maximum les risques d'infection, seules deux personnes de la famille sont admises à pénétrer dans la chambre, une seule à la fois. Dans d'autres cas, seules les visites « externes » dans des zones de rencontres proches des tentes ou des chambres des malades sont admises. Les patients valides échangent ainsi à distance avec leurs visiteurs maintenus hors de la zone à haut risque de contamination. Quant aux malades grabataires, ils reçoivent un téléphone portable afin de pouvoir communiquer avec leurs proches.

Aucune médication n'existant pour traiter l'infection, les personnes peinent à comprendre l'intérêt d'être hospitalisées et préfèrent mourir dans leur village, entourés des leurs. D'autres, épouvantés à l'idée d'être infectés par le virus s'enferment dans le déni de réalité, préférant croire qu'ils sont atteints de paludisme. D'autres encore sont sceptiques et mettent en doute l'existence même d'Ébola.

L'impossibilité d'administrer des médications curatives ainsi que la difficulté à apporter des soins précoces aux malades et à briser la chaîne de la transmission de l'infection peut engendrer chez les humanitaires des sentiments d'impuissance et d'échec, de la frustration et de la colère. L'ampleur de l'épidémie et la lenteur de la réponse internationale contribuent à renforcer ces sentiments.

La gestion des cadavres

Les obsèques sont un sujet sensible. Dans toutes les cultures, les funérailles représentent davantage que la simple inhumation ou crémation d'une dépouille. En effet, elles exercent une double fonction symbolique de transition. D'une part, elles représentent le passage du défunt de la société des Hommes, située sur terre, au monde des morts, établi dans l'invisible (envisagé comme le royaume des dieux ou des esprits, une autre forme de vie, etc.). Elles s'accompagnent également d'un changement de statut : la personne décédée cesse d'être un membre vivant de la famille et de la communauté pour devenir un ancêtre. D'autre part, les obsèques initient la séparation définitive des proches d'avec la personne décédée. Dans ce cadre, elles leur



offrent l'occasion d'exprimer leur chagrin et de recevoir le soutien de leur communauté selon des modes culturellement prescrits. Elles instituent également leur changement de statut et de rôle (par exemple, le conjoint devient le veuf, le fils aîné devient le chef de famille, etc.).

Les parents endeuillés répugnent à déroger aux règles funéraires traditionnelles et religieuses. Tout manquement à celles-ci leur inspire de la crainte (par exemple, conséquences fâcheuses pour le repos du défunt, colère du mort ou de Dieu déclenchée par la non-observance des rites, etc.), sentiments de culpabilité de faillir à son devoir envers le disparu, etc.

Les corps des personnes décédées des suites de la maladie Ébola sont redoutablement contagieux. Or, les rites funéraires culturels et religieux impliquent des contacts physiques avec le défunt. Traditionnellement, lorsqu'une personne décède, les proches procèdent à la toilette mortuaire du défunt. Ensuite, la famille, les amis, les voisins, les représentants religieux et les notables se réunissent autour du cadavre pour le pleurer. Ils le touchent et l'embrassent (14, 15) avant de l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure.

Pour éviter les risques de contagion, la gestion des cadavres est assurée par les organisations humanitaires et les mesures d'hygiène imposées pour éviter la contamination empêchent de rendre les hommages funèbres culturellement prescrits (sépulture et site d'inhumation (16), pratique des rituels, etc.).

Vêtus d'une tenue de protection, les hygiénistes désinfectent les dépouilles à l'eau chlorée, les placent dans un sac mortuaire et procèdent à leur ensevelissement. Ce traitement peut choquer ou offenser les affligés car dans la majorité des cultures, le cadavre reste un membre de sa communauté et ne peut être traité comme une simple dépouille.

L'ingratitude des hygiénistes est éprouvante psychologiquement. Ils doivent souvent enterrer plusieurs personnes le même jour, des hommes, des femmes mais aussi des enfants. Outre la charge émotionnelle de cette confrontation répétée à la mort, ils

doivent faire face à la douleur des familles endeuillées et inquiètes par rapport à leur propre santé.

Les hygiénistes s'acquittent de la gestion des cadavres au sein des structures hospitalières mais se rendent également dans les villages lorsqu'un décès suspect leur est signalé. Il n'est pas rare que les affligés refusent de leur livrer la dépouille. Les craintes, la culpabilité et les sentiments d'offense éprouvés par les communautés mêlés à la frustration et aux incompréhensions constituent un terrain fertile pour la violence. Ainsi, il arrive que la famille et les villageois insultent, menacent, voire agressent physiquement les agents humanitaires (jet de pierres, par exemple). Lorsque ces derniers ne parviennent pas à établir un dialogue, ils ne peuvent que quitter les lieux, laissant aux proches le soin d'inhumer le défunt à leurs risques et périls.

Les pratiques funéraires traditionnelles sont grandement responsables de la propagation du fléau Ébola. Échouer à convaincre les communautés de la nécessité de se conformer aux prescriptions préventives génère chez les humanitaires des sentiments d'impuissance, de la frustration, l'impression de fournir des efforts inutiles, de mener des actions vaines et d'accomplir un travail inefficace à endiguer l'épidémie.

L'agressivité et la violence des populations locales

Les mesures préventives de santé publique se heurtent aux pratiques et traditions des populations locales. Ainsi, proscrire de veiller les malades et d'organiser les préparatifs funèbres remet en cause les principes de sociabilité et de solidarité sur lesquels repose la culture africaine. Parmi les consignes hygiénistes les plus mal tolérées, citons également l'interdiction de saluer autrui selon l'usage, par une poignée de main ou par une accolade, ainsi que de consommer du gibier (17). Les populations vivent d'autant plus mal ces contraintes qu'elles ne les comprennent pas et qu'elles les interprètent comme une ingérence offensante des occidentaux dans leurs us et coutumes.

S'il y est invité, un occidental peut renoncer aisément à serrer la main de ses relations et opter pour des salutations alternatives, il en va autrement en Afrique où cette tradition est fortement ancrée. Refuser la poignée de main est extrêmement impoli, particulièrement celle d'un notable ou d'une personne âgée. Pour certains villageois, commettre un acte aussi discourtois est inimaginable, y compris dans le contexte épidémique de la maladie Ébola. Déroger à la culture semble parfois plus dangereux qu'encourir le risque de se contaminer, d'autant que ce risque est souvent minimisé ou nié.

(14) Il existe des différences culturelles selon les pays, les régions, les ethnies et les convictions religieuses. Par exemple, dans certaines cultures, la toilette mortuaire est assurée par les femmes matures quel que soit l'âge et le sexe du défunt ; dans d'autres, par des parents proches du même sexe. Dans certaines communautés, la dépouille est veillée plusieurs jours ; dans d'autres, les obsèques sont réalisées aussi rapidement que possible après la survenue du décès.

(15) Ces signes d'affection sont très semblables à ceux manifestés en Europe à l'égard d'un être cher au moment de son décès. La plupart de ceux qui ont perdu un proche se rappelleront qu'ils ont eux aussi touché et embrassé la dépouille...

(16) Dans de nombreuses cultures, le défunt doit être enterré sur la terre de ses ancêtres. Or, lorsque le décès d'un malade atteint d'Ébola survient loin de son village natal, sa dépouille ne peut y être ramenée et doit être enterrée sur place. En Guinée, la législation d'urgence interdit d'ailleurs le transport des corps. Les cadavres sont inhumés dans un cimetière commun établi à proximité du centre de soins. Dans certains cas, il n'y a ni pierre tombale, ni cérémonie religieuse, et parfois, lorsqu'elle réside loin, pas de famille pour accompagner le défunt à sa dernière demeure.

(17) D'autres pratiques culturelles sont prosrites tels que l'imposition des mains sur les malades ou les scarifications pratiquées par des guérisseurs traditionnels. Il ne nous est pas possible, dans le présent article, de toutes les détailler.

Les villageois ne peuvent croire qu'un animal chassé ou trouvé mort en forêt présente un danger potentiel. Ils consomment de la viande de brousse depuis des temps immémoriaux et n'ont jamais eu à s'en plaindre. Incrédulés face à l'apparition subite du virus Ébola dans leur contrée, ils soupçonnent les Blancs d'en inventer l'existence ou de l'avoir volontairement introduit pour les dissuader de braconner la faune sauvage.

L'atteinte aux pratiques religieuses et socioculturelles traditionnelles ainsi que les folles rumeurs courant sur l'origine du virus et sur les actions des organisations humanitaires sont à l'origine de mouvements de résistance et de mécontentement, voire d'actes de violence, à l'égard du personnel impliqué dans la lutte contre l'épidémie. En divers endroits, des centres de soins ont été attaqués et pillés ; effrayés par la violence des assauts, des malades se sont enfuis mettant la communauté en danger et ruinant les efforts des humanitaires à endiguer le fléau. Régulièrement, des agents sont pris à partie. Ainsi, en 2014, en Guinée, des heurts ont été fatals à une dizaine de délégués locaux engagés dans des activités de sensibilisation et de communication.

Les volontaires s'engagent dans la lutte contre l'épidémie débordant de bonne volonté et d'enthousiasme. À leur arrivée sur le terrain, ils se trouvent confrontés à l'ingratitude des populations qu'ils viennent secourir et à des situations d'insécurité imprévues. Cette négation de la sincérité de leur engagement et l'agressivité dont ils sont l'objet génèrent des sentiments d'injustice, de la frustration, de la colère et de la peur. Fort heureusement, l'attitude reconnaissante des malades et de leur famille ainsi que la conviction de la justesse de leur action les motivent à continuer à témoigner de l'empathie aux communautés atteintes par le virus et à poursuivre leur action.

À l'hostilité de la population bénéficiaire souvent peu pressentie s'ajoutent les dangers inhérents au contexte sécuritaire du pays d'intervention. La présence de bandes armées lorsque l'épidémie sévit dans une zone de conflit, le banditisme et la criminalité sont autant de sources de stress rencontrées par les expatriés dans les missions Ébola.

La confrontation aux personnes en détresse

Dans les épidémies Ébola, les humanitaires sont confrontés à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses : spectacle choquant de corps en déliquescence, enfants à l'agonie, malades et entourage en détresse, etc.

(18) Rappelons que le personnel travaille en tenue protectrice et qu'il ne peut rester plus d'une heure ainsi vêtu. Lorsque les malades sont nombreux, comme ce fût le cas dans la dernière épidémie, le temps imparti à chacun est réduit.

La vision des malades en phase terminale

La vision des malades en phase terminale est spectaculaire : détérioration rapide de l'état général, hémorragies, saignements des muqueuses, diarrhées et vomissements sanglants, etc. Généralement, au premier contact avec les malades, ces signes cliniques impressionnent le personnel médical pourtant rompu à soigner des personnes en piteux état et en fin de vie. Ils sont plus bouleversants encore pour les hygiénistes, sans formation médicale, chargés de l'entretien des chambres des patients et de la gestion des cadavres.

Les situations impliquant des enfants

Les situations impliquant des enfants comptent parmi les plus pénibles pour le personnel humanitaire. Elles suscitent des émotions particulièrement douloureuses lorsque la maladie touche des nourrissons et des enfants en bas-âge car leurs chances de survie sont quasi nulles. Les membres de l'équipe entourent les bambins d'attention sachant qu'ils succomberont probablement dans les jours suivants quels que soient les efforts qu'ils déploient. Lorsque l'un d'eux semble résister, ils nourrissent l'espoir de le sauver et sont d'autant plus meurtris si la maladie l'emporte. Ils éprouvent également de la peine de ne pouvoir rester que peu temps au chevet des enfants souffrants (18) ou bien encore d'être confrontés à des petits privés de l'attention bienveillante d'une mère, malade elle aussi ou décédée des suites d'Ébola.

La confrontation aux personnes en détresse

La maladie à virus Ébola expose les humanitaires à des personnes en grande détresse : des malades terrifiés à l'idée de mourir, des patients abandonnés à leur triste sort par des familles que la maladie terrorise, des endeuillés dont le foyer a été décimé en quelques semaines (19), etc. Alors que la souffrance des patients les pousse à manifester leur compassion et leur soutien, les soignants peuvent éprouver des difficultés à établir une relation de confiance vêtus étrangement d'une combinaison de protection, le visage masqué par une cagoule de protection.

Ces situations leur font éprouver des émotions intenses de façon répétée. À la longue, elles engendrent une surcharge émotionnelle à l'origine d'une forme d'épuisement professionnel nommée traumatisation vicariante (20).

(19) L'épidémie peut emporter plus de quinze membres d'une même famille.

(20) Le terme « vicariant », issu du latin « vicarius », qui prend la place d'un autre, désigne un organe ou une fonction qui joue le rôle d'un autre organe ou d'une autre fonction défectueux. Par extension, il désigne ce qui est acquis ou appris par observation.

L'annonce de mauvaises nouvelles

Les soignants doivent régulièrement transmettre des mauvaises nouvelles aux malades et à leur entourage. C'est aux médecins qu'il revient d'annoncer le diagnostic d'Ébola aux personnes infectées ou à leurs parents. Ils communiquent les résultats des tests médicaux à des adultes mais aussi à des jeunes à peine sortis de l'adolescence, à des parents d'enfants, à des femmes enceintes, à des patients dans le déni qui contestent le diagnostic, etc.

C'est aussi aux médecins qu'échoit la pénible tâche d'aviser l'entourage du décès d'un patient. Ils annoncent ainsi à des jeunes enfants qu'ils sont orphelins, à des parents qu'ils sont « désenfantés », à des époux qu'ils sont veufs, etc. En l'espace de quelques jours, ils doivent parfois informer une même famille de la mort de plusieurs des leurs. Un décès charrie pour les proches un cortège de conséquences douloureuses : des enfants orphelins sont placés dans la famille élargie, des adolescents deviennent chef de famille, des veuves privées du revenu de leur époux sont plongées dans la misère, etc. De plus, les proches ayant été en contact direct avec le défunt craignent d'avoir contracté le virus et de subir le même sort que lui. L'annonce de la mauvaise nouvelle engendre donc chez ceux qui la reçoivent angoisse et détresse. Dans les contextes émotionnels intenses faisant suite, par exemple, au décès d'un enfant ou d'une femme enceinte, une réaction violente de la part de l'entourage n'est pas exclue.

Pour nombre de médecins, accueillir les émotions des patients et de leurs proches est source d'anxiété, de tension, de nervosité et de tristesse. Ils peuvent se sentir démunis pour accomplir la mission d'annoncer des mauvaises nouvelles, surtout lorsqu'ils sont fatigués et qu'ils manquent de temps ou s'ils ont peu d'expérience des épidémies mortelles.

L'annonce du diagnostic et des décès concerne également les infirmiers et les psychologues chargés de la prise en charge des malades et de l'accompagnement des endeuillés. Ils encourent donc eux aussi le risque de souffrir d'une traumatisation vicariante en raison des émotions intenses éprouvées dans le cadre de leur travail. Les effets de cet épuisement professionnel se cumulent avec le temps. Dans sa forme ultime, il

conduit à ce que l'on nomme la fatigue de compassion (21).

LES CONSÉQUENCES DU STRESS

L'exposition prolongée au stress, parfois mineur, prévisible et répétitif ainsi que la confrontation à des événements pénibles ou traumatisants amène progressivement un stress cumulatif. À l'instar d'une calculatrice, le stress additionne tout : les pressions professionnelles, les situations de danger, les événements de vie, les petits tracas du quotidien, etc.

Le stress négatif des équipes sur le terrain engendre des risques tant au niveau individuel que collectif. Il est la cause des problèmes de santé les plus fréquemment observés chez les expatriés (22), avant le paludisme et les maladies liées à l'eau ou à l'hygiène de l'environnement.

Une personne en stress dépassé peut souffrir de symptômes somatiques ainsi que d'une détresse psychique importante (dépression, trouble anxieux, etc.) la poussant parfois à quitter prématurément la mission, voire à démissionner de l'organisation (23). Elle peut manifester des troubles du comportement suscitant ou exacerbant des conflits au sein de l'équipe et l'amenant à prendre des risques inconsidérés pour elle-même et pour autrui. Son efficacité professionnelle va progressivement se détériorer (24), hypothéquant la qualité de son projet, voire de la mission entière.

CONCLUSION

Dans les missions Ébola, les sources de stress sont multiples : risque de contagion, inconfort de la tenue de protection, surcharge de travail, situations de danger, confrontation à la mort et à des personnes en grande souffrance, etc. A cela peut s'ajouter des conditions de vie difficile : logement précaire sous tente, sans eau courante ni électricité ou vie communautaire dans des résidences surpeuplées offrant peu de possibilité d'intimité, climat éprouvant, longs déplacements pénibles sous un soleil écrasant ou sous la pluie battante pour atteindre des zones peu

(21) La compassion est un sentiment qui porte à percevoir ou ressentir la souffrance d'autrui et pousse à y remédier.

(22) D'après une étude récente, un tiers des expatriés récemment rentrés de mission montrent des signes significatifs de stress (Ehrenreich J. H., 2005).

(23) Selon une étude du CICR, il conduit à une fin anticipée pour 40% des expatriés (Bierens de Haan B., Van Beerendonk H., Michel N. et Mulli J.-C., 2002).

(24) Toujours selon l'étude du CICR, une personne sur quatre (26%) a vu sa capacité professionnelle sévèrement réduite en raison du « stress des humanitaires ». (Bierens de Haan B., Van Beerendonk H., Michel N. et Mulli J.-C., 2002).

accessibles, inquiétude de la famille pour la santé et la sécurité de l'expatrié, conflit personnel, etc. (25). Toutefois, malgré les risques encourus et la pénibilité du travail, la majorité des collaborateurs reviennent de leur mission, certes épuisés, mais avec le sentiment positif d'avoir contribué à lutter contre l'épidémie et surtout, d'avoir apporté un précieux soutien aux malades et à leur famille. C'est probablement ce qui explique que de si nombreux humanitaires souhaitent retourner sur les terrains où sévit Ebola. ■

(25) Josse, 2008.

BIBLIOGRAPHIE

- BIERENS DE HAAN B., VAN BEERENDONK H., MICHEL N., MUMMI J.-C., Le programme de soutien psychologique des intervenants humanitaires du Comité International de la Croix Rouge, *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, février 2002 - Tome VI - No 53.
- EHRENREICH J. H., *The humanitarian companion. A guide for aid, development, and human rights workers*, ITDG Publishing, Warwickshire, U.K., 2005.
- JOSSE E., Les expatriés dans la tourmente. Le stress humanitaire, www.resilience-psy.com/spip.php?article159, 2008.

MANUEL PRATIQUE D'ANTHROPOLOGIE MÉDICO-LÉGALE

TABLE DES MATIÈRES

Préface - Gilles DUTERTRE

Préface des auteurs - Tania DELABARDE, Bertrand LUDES

Partie 1. THÉORIE Chapitre 1.

La découverte : Méthodes de recherche et de relevage des corps squelettisés

I. Les méthodes de recherche et de localisation des corps enfouis - Yves SCHULLAR, Guillaume GALOU

II. Propositions méthodologiques pour le relevage in situ des restes humains squelettisés - Tania DELABARDE, Annie GERAUT, Bertrand LUDES, François WIRTZ, Patrice GEORGES

Chapitre 2.

De l'anthropologie physique à l'anthropologie médico-légale

I. Définitions de l'anthropologie - Gérald QUATREHOMME

II. Historique de l'anthropologie médico-légale en France - Gérald QUATREHOMME

III. L'examen technique d'anthropologie médico-légale - Tania DELABARDE

IV. Analyse ostéologique et dentaire - Anne BECART, Thomas COLARD, Tania DELABARDE

V. Le profil biologique (estimation du sexe, de l'âge au décès, de la stature...) - Craig CUNNINGHAM, Sue BLACK, Marie-Dominique PIERCECCHI-MARTI, Pascal ADALIAN, Georges LEONETTI, Laurent MARTRILLE, Clothilde ROUGE-MAILLART, Philippe CATHALA, Eric BACCINO, Tania DELABARDE, Erin KIMMERLE

Chapitre 3.

Les atteintes osseuses : analyse des lésions traumatiques et pathologiques

I. Définition et terminologie - Tania DELABARDE

II. Nature et propriétés du tissu osseux

III. Les traumatismes osseux - Tania DELABARDE, Douglas UBELAKER et Kristin MONTAPERTO, Carline CAPUANI, Norbert TELMON, Michael BOHNERT

IV. Les atteintes osseuses d'origine infectieuse et dégénérative - Philippe CHARLIER

Chapitre 4.

Identification. Les méthodes d'analyses pour l'identification des corps squelettisés

I. Les méthodes d'analyse permettant d'aboutir à une identification formelle - Bertrand LUDES, Christine KEYSER, Anne BECART

II. Les méthodes d'analyse permettant d'obtenir des critères d'orientation pour l'identification - Eric CRUBEZY, Daniel ROUGE, Norbert TELMON, Erin KIMMERLE, David WIDORY

Chapitre 5.

Les disparitions de masse. Les méthodes de recherche et d'identification

I. Le travail de recherche et d'enquête : l'exemple du TPIY - Jean-René RUEZ

II. Identification dans les disparitions de masse en France - Yves SCHULLAR

III. Interventions et méthodologie de l'équipe DVI en Belgique - Jean-Pol BEAUTHIER, François BEAUTHIER et Philippe LEFEVRE

IV. Les disparitions de masse et l'action humanitaire médico-légale : l'exemple du CICR - Morris TIDBALL-BINZ

Chapitre 6.

Ethique et restes humains

I. Restes humains, le corps : problèmes éthiques - Christian HERVE,

Philippe CHARLIER

II. Le statut juridique des restes humains en contexte muséal : corps objet ou corps sujet ? - Laure CADOT

Partie 2. CAS PRATIQUES

1. Recherche d'un corps dans une maison - Bertrand LUDES

2. Exhumation et relevage d'un corps squelettisé enterré dans une fosse clandestine - Audrey FARRUGIA-JACAMON

3. Dispersé par une pelle mécanique : exhumation et récupération exhaustive d'un corps squelettisé et des éléments matériels associés - Tania DELABARDE

4. L'homme de la forêt : technique de prospection, de relevage et d'analyse d'un corps squelettisé en surface - Douglas UBELAKER et Kristin MONTAPERTO

5. Technique de relevage et d'examen d'un corps retrouvé dans un véhicule carbonisé - Tania DELABARDE

6. Les os humains retrouvés en contexte aquatique - Tania DELABARDE

7. Découverte d'un corps ligoté et immergé dans une cage - Annie GERAUT

8. L'enfant momifié - Craig CUNNINGHAM et Sue BLACK

9. Intérêt de la reconstruction osseuse dans l'analyse des lésions traumatiques complexes - Tania DELABARDE

10. Homicide-suicide : un exemple d'anthropologie médico-légale lésionnelle - Gérald QUATREHOMME

11. L'anthropologie médico-légale dans les catastrophes accidentelles : l'exemple du Mont Blanc - Yves SCHULLAR

12. Exhumation, analyse et identification dans les conflits armés : l'examen des victimes de Putis, Pérou - Jose Pablo BARAYBAR

13. L'examen du squelette pouvant être celui du conquistador de l'empire inca : Francisco Pizarro - Edwin Raúl GREENWICH CENTENO et Tania DELABARDE

Partie 3. ONGLETS

1. Imagerie, squelettes, os secs et anthropologie - Fabrice DEDOUIT, Frédéric SAVALL, Hervé ROUSSEAU et Norbert TELMON

2. Logiciel 3D-ID : Morphométrie géométrique pour la détermination du sexe et de l'origine biogéographique - Ann ROSS, Amanda R. HALE et Denis E. SLICE

3. Analyses génétiques et ADN dégradé - Bertrand LUDES et Christine KEYSER

4. Analyse toxicologique de restes squelettiques - Antoine TRACQUI

5. Histologie - Catherine CANNET

6. Estimation de l'intervalle post mortem à partir de restes osseux humains - Vanessa URZEL et Yves SCHULLAR

7. Entomologie : le rôle des insectes nécrophages dans le processus de décomposition et utilité en anthropologie - Damien CHARABIDZE et Valéry HEDOUIN

8. Le diagnostic de la noyade vitale par la recherche et l'identification de diatomées - Bertrand LUDES

9. Balistique lésionnelle - Jean Sébastien RAUL et Mikael PETIT

10. Les modèles éléments finis - Jean Sébastien RAUL

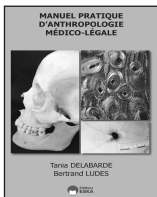
Annexes

Postface - Jean-Jacques LEFRERE

Index

BON DE COMMANDE À RETOURNER AUX ÉDITIONS ESKA

Contact : adv@eska.fr - 12, rue du Quatre Septembre - 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 92 - www.eska.fr



☐ Je désire recevoir l'ouvrage : « MANUEL PRATIQUE D'ANTHROPOLOGIE MÉDICO-LÉGALE » par Tania Delabarde et Bertrand Ludes - Code EAN 978-2-7472-2061-3

120,00 € + 8,00 € de frais de port, soit€ x..... exemplaire(s) =€

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

☐ Carte Bleue Visa n°..... Date d'expiration : Signature obligatoire

☐ Chèque bancaire

☐ Virement bancaire au compte des Editions ESKA

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPPC

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Fax : E-mail :

LES VIOLENCES SEXUELLES DANS LES CONTEXTES DE CONFLIT ET DE POST- CONFLIT

SEXUAL VIOLENCE IN CONTEXTS OF CONFLICT AND POST-CONFLICT

Par Evelyne JOSSE*

RÉSUMÉ

Les femmes et les filles, déjà vulnérables en temps de paix dans de nombreuses sociétés, payent un lourd tribut à la guerre et à la violence sociopolitique (terrorisme, conflit interne chronique). Les conflits armés, les migrations et le déracinement exacerbent l'inégalité des rapports de force entre individus masculins et féminins et entraînent une amplification considérable de la prévalence des diverses formes de violences sexuelles commises à l'égard de filles et de femmes.

MOTS-CLÉS

Violences sexuelles, Conflit, Post-conflit.

* Psychologue, psychothérapeute, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 La Hulpe, Belgique.
evelynejosse@gmail.com - www.resilience-psy.com

SUMMARY

Women and girls who are already vulnerable in times of peace in many societies, pay a heavy price in contexts of war and socio-political violence (terrorism, chronic internal conflict). Armed conflict, migration and uprooting exacerbate the inequality of power struggles between male and female individuals and lead to considerable amplification of the prevalence of various forms of sexual violence committed against girls and women.

KEYWORDS

Sexual violence, Conflict, Post-conflict.

INTRODUCTION

Depuis les guerres de l'antiquité (1), des milliers de filles et des femmes subissent des sévices sexuels et des viols et sont enlevées pour servir d'esclaves sexuelles et de domestiques à leurs ravisseurs.

En guise d'illustration, rappelons l'enlèvement des Sabines, un épisode-clé à l'origine de Rome. À ses débuts, la ville que Romulus vient de fonder n'est peuplée que d'hommes : ses fidèles compagnons, des aventuriers, des esclaves évadés, des débiteurs insolvable, des criminels en fuite, etc. Pour remédier au manque de femmes, Romulus projette d'unir ses hommes aux jeunes célibataires des peuples environnants mais les pères des vierges convoitées refusent de voir leur progéniture convoler en justes noces avec des individus si peu recommandables. Outragé, Romulus foment sa vengeance. Quelque temps plus tard, il convie ses voisins aux jeux qu'il organise en l'honneur du dieu Consus et orchestre le rapt des Sabines.

Tite-Live, dans son livre *Histoire romaine* (2) relate cet événement : « *La nation entière des Sabins vint aussi avec les femmes et les enfants. L'hospitalité leur ouvrit les demeures des Romains, et à la vue de la ville, de son heureuse situation, de ses remparts, du grand nombre de maisons qu'elle renfermait, déjà ils s'émerveillaient de son rapide accroissement. Arrive le jour de la célébration des*

jeux. Comme ils captivaient les yeux et les esprits, le projet concerté s'exécute : au signal donné, la jeunesse romaine s'élance de toutes parts pour enlever les jeunes filles. Le plus grand nombre devient la proie du premier ravisseur. Quelques-unes des plus belles, réservées aux principaux sénateurs, étaient portées dans leurs maisons par des plébéiens chargés de ce soin ».

Pour Romulus, ces rapt ne sont pas assimilés à des viols car c'est à titre d'épouse que les Sabines sont accueillies dans les foyers de leurs ravisseurs : « *Les victimes du rapt partagent ce désespoir et cette indignation ; mais Romulus lui-même, les visitant l'une après l'autre, leur représente que cette violence ne doit être imputée qu'à l'orgueil de leurs pères, et à leur refus de s'allier, par des mariages, à un peuple voisin ; que cependant c'est à titre d'épouses qu'elles vont partager avec les Romains leur fortune, leur patrie, et s'unir à eux par le plus doux nœud qui puisse attacher les mortels, en devenant mères.* »

Si les violences sexuelles dans les contextes de conflit armé existent depuis la nuit des temps, il semble toutefois que ce phénomène connaisse une progression croissante ces dernières décennies en raison de l'évolution de la nature des guerres autrefois dominées par les combats entre armées nationales et aujourd'hui supplantées par des guerres civiles et des conflits régionaux (3).

(1) Saint-Augustin, dans son livre *La Cité de Dieu* rédigé en 413, rapporte que le viol est habituel lors des pillages. (S. Augustin, 413).

(2) Tite-Live, 1997.

(3) IRIN, 2005.

DÉFINITION DE LA VIOLENCE SEXUELLE

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme suit : « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou 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 la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail* » (4).

IMPORTANCE DU PHÉNOMÈNE

Les données disponibles sur les violences sexuelles proviennent de la police et des instances juridiques, des services médicaux, des organisations non gouvernementales (organismes humanitaires, de défense des Droits de l'Homme, juridiques, etc.), des associations internationales, nationales et locales (associations contre la violence, associations de femmes, associations des Droits de l'enfant, etc.), d'enquêtes et d'études.

Les données recensées par ces différentes sources sont souvent incomplètes et ne révèlent que la partie émergée de l'iceberg. En effet, de nombreuses victimes hésitent à dénoncer les violences sexuelles qu'elles ont subies que ce soit à la police, à leur famille ou à d'autres personnes parce qu'elles redoutent les représailles de la part de l'agresseur (principalement lorsqu'elles connaissent leur agresseur ou lorsqu'il s'agit d'une personne influente telle qu'un militaire, une autorité administrative, etc.). De plus, dans la plupart des sociétés patriarcales, les personnes sexuellement agressées sont jugées coupables des actes perpétrés contre elles. Dès lors, elles se taisent pour éviter le rejet social, le mariage forcé avec leur agresseur (5), l'incarcération (6), voire la maltraitance ou le meurtre (7). Notons encore que des actes considérés comme des violences sexuelles par la communauté internationale ne le sont

pas d'un point de vue culturel (8). Dès lors, les femmes ne portent pas plainte car elles ne reconnaissent pas certaines pratiques comme des agressions. Par ailleurs, dans nombre de pays, la justice est lente, inaccessible financièrement et géographiquement à la majorité de la population et positivement partielle envers les hommes, les poursuites judiciaires et les condamnations prononcées contre les hommes auteurs des violences sexuelles sont rares.

Il existe aussi des différences importantes entre cultures dans l'abord de la problématique des violences sexuelles. Or, la récolte des données permettant d'évaluer l'ampleur du problème dépend aussi de la volonté des autorités de chaque pays et de la possibilité culturelle de parler des agressions sexuelles.

Si l'on ne peut chiffrer le problème avec précision, toutes les sources s'accordent cependant sur un point : les conflits armés exposent les filles et les femmes à un risque accru, souvent massif, de violence sexuelle.

LES FILLES ET LES FEMMES À RISQUE

Toutes les filles et les femmes courent le risque de subir des violences sexuelles dans les situations de conflits (9). Toutefois, certaines le sont plus que d'autres. Les plus vulnérables sont celles des groupes ethniques-cibles entraînés dans les conflits porteurs d'idéologies de pureté ethnique ou religieuse (génocide, épuration ethnique) et lorsque l'agresseur a pour politique, officielle ou non, d'utiliser le viol comme arme de guerre.

Les filles et les femmes détenues en prison et dans les camps de concentration sont aussi particulièrement exposées, notamment lorsque les conditions de détention n'assurent pas de protection par rapport aux prisonniers masculins ou lorsque les gardiens sont des hommes.

Dans certains contextes, les activités qui leur incombent les mettent péril. En effet, dans la majorité des sociétés traditionnelles, la préparation des repas et ce qui y affère (cultures des vivriers (10) et ravitaillement en nourriture, puisage de l'eau, ramassage du bois de cuisson, etc.) échoit aux filles et aux femmes. Ces activités obligent de nombreuses villageoises à s'aventurer dans des lieux isolés. De même, pour compenser la rareté des denrées (aliments, eau, combustible, insuffisance des rations et lots distribués, etc.), les réfugiées

(4) OMS, 2002.

(5) Dans les pays où la virginité de la femme est une question d'honneur familial, les femmes célibataires sont souvent contraintes d'épouser leur agresseur.

(6) Dans certains pays, la femme qui a été violée peut-être emprisonnée pour le crime d'adultère si elle ne peut prouver qu'il s'agit d'un viol et non d'une relation consentie.

(7) Certaines femmes sont assassinées par un membre de leur famille pour laver la honte et recouvrer l'honneur familial.

(8) Par exemple, les viols civils sont fréquents en milieu rural au Burundi mais ne sont pas toujours considérés comme tels. Si une femme pense qu'elle ne peut refuser une faveur sexuelle à un homme, elle n'aura pas conscience d'être violée si un voisin abuse d'elle alors qu'elle est seule à la maison pour garder son enfant pendant que son mari est au champ.

(9) Partout dans le monde et tous contextes confondus, les filles et les femmes risquent davantage d'être sexuellement agressées au cours de leur existence. Néanmoins, force est de constater que durant les conflits armés, les hommes sont de plus en plus souvent la cible de violences à caractère sexuel, notamment de viols.

(10) Fruits, légumes, céréales, tubercules, etc. destinés à la consommation familiale.

se hasardent à leur recherche hors du périmètre des camps. Elles s'exposent ainsi au risque de viol, d'agression et d'enlèvement par des combattants ou des bandits. Dans les camps de réfugiés au Darfour Occidental, jusqu'à seize femmes étaient violées chaque jour en se rendant à la rivière. Elles étaient forcées de poursuivre à y puiser l'eau parce qu'elles craignaient que leurs maris ne soient tués s'ils se chargeaient de cette tâche (11).

LES AGRESSEURS

Les violences sexuelles perpétrées lors des conflits sont généralement le fait d'hommes adultes et d'adolescents (enfants soldats) de la partie adverse enrôlés dans l'armée, les milices populaires, les forces policières politiques, les groupes armés des seigneurs de la guerre, les organisations de guérilla, etc. Les femmes peuvent également jouer un rôle actif en exhortant leur mari, leur fils, leur père, leur frère à agresser sexuellement leurs ennemis. Par exemple, au Rwanda, durant le génocide de 1994, 47,6 % des violences sexuelles ont été commises par des hommes, 9,2% par des femmes et 41,7% conjointement par des hommes et des femmes (12).

Les soldats d'unités régulières et les combattants de groupes armés peuvent aussi se rendre coupables de crimes sexuels à l'encontre de leur propre population et communauté. Il en est de même des civils qui, profitant du désordre et de l'incurie, transgressent les codes régissant la vie en communauté. S'il est fréquent que des enfants soldats perpètrent des viols, il n'est pas rare dans les conflits internes que de jeunes civils en soient les auteurs. Par exemple, au Rwanda, 24,7% des violences à l'égard des femmes Tutsi durant le génocide sont le fait d'enfants (13).

Durant la fuite, les violences peuvent être commises par des bandits, des garde-frontières, des passeurs (personnes chèrement payées pour aider des réfugiés à passer illégalement une frontière) ainsi que par des hommes en armes.

Dans le cas des réfugiés et des déplacés, les femmes sont parfois violentées sexuellement par d'autres rescapés ou par des responsables de camps.

LA SEXUALITÉ, VALEURS ET TABOUS

La sexualité ne se réduit pas à la seule satisfaction physiologique des pulsions sexuelles. En effet, elle cristal-

lise de nombreuses valeurs et de multiples tabous, tant personnels que sociaux, et se teinte de significations spécifiques en fonction de l'usage social qui en est fait : pacification, réconciliation, régulation sociale, punition, échange, transaction, provocation, domination, humiliation, contrôle, etc.

Au niveau individuel

La majorité des individus répugnent à envisager la sexualité hors d'un contexte précis. Par exemple, selon les cultures et les individus, les rapports pratiqués hors d'une relation amoureuse ou maritale, non consentis par l'une des parties ou avec un partenaire du même sexe provoquent détresse et humiliation.

Au niveau sociétal

La capacité sexuelle et reproductive confère aux femmes un rôle prépondérant dans la construction et la préservation de l'identité clanique, ethnique et culturelle d'une population. Par leur mariage, les groupes s'allient et ces alliances sont renforcées par la progéniture qui naît des unions. Aussi n'est-il pas étonnant que la sexualité fasse l'objet d'un contrat social (14) et que toutes les sociétés en régulent, codifient, fixent, voire légifèrent, l'accès. Ainsi, par exemple, dans la plupart des cultures traditionnelles, les relations sexuelles ne sont permises qu'au sein d'une union consentie par les familles et légitimée par les liens du mariage. Quant aux noces, elles ne sont le plus souvent concevables qu'avec un individu d'une ethnie, d'une tribu, d'une caste ou d'une religion déterminées. Envisager des relations intimes ou des épousailles dans tout autre cadre est prohibé.

Les agressions sexuelles contreviennent à toutes les règles présidant aux conditions sociales de la sexualité. Elles exposent généralement les victimes à la stigmatisation, voire à la discrimination et compromettent considérablement leur bien-être social. Dans de nombreuses sociétés, les croyances et les préjugés les désignent comme responsables des sévices qu'elles ont subis et justifient leur disgrâce communautaire. En effet, le viol et autres actes sexuels forcés sont assimilés à l'adultère ; ils sont attribués à un sortilège maléfique châtiant un comportement inconvenant (par exemple, à l'égard d'un membre de la famille) ou à la punition divine de péchés qu'auraient commis les infortunées ou bien encore, considérés comme la conséquence méritée d'une pulsion qu'elles auraient provoquée par leur tenue vestimentaire ou leur attitude.

(11) Amnesty International, 2004.

(12) AVEGA « Agahozo », 1999.

(13) AVEGA « Agahozo », 1999.

(14) On entend par contrat social le pacte établi par la communauté des humains dans le but d'établir une société organisée et hiérarchisée. Il est un ensemble de conventions et de lois garantissant la perpétuation du corps social.

Au vu de l'importance que revêt la sexualité pour les individus et pour les communautés, il n'est pas étonnant que les violences d'ordre sexuel se rencontrent dans les conflits armés.

LES FORMES DE VIOLENCE SEXUELLE DANS LES CONTEXTES DE CONFLIT ARMÉ

Les formes de violence sexuelle perpétrées dans les contextes de conflit armé sont multiples et diverses.

Le viol comme méthode de guerre. On parle de viol comme arme de guerre ou comme méthode de guerre lorsqu'il est planifié par une autorité politico-militaire et utilisé de manière stratégique par une des parties d'un conflit pour humilier, affaiblir, assujettir, chasser ou détruire l'autre. Il s'agit généralement des viols de masse (perpétrés sur de nombreuses victimes), multiples (une victime est agressée à plusieurs reprises) et collectifs (la victime est agressée par plusieurs assaillants), fréquemment commis en public, accompagnés le plus souvent de brutalités et de coups.

Le viol comme arme de guerre constitue une forme d'attaque contre l'ennemi. Il caractérise la conquête et l'avalissement des femmes incarnant l'identité culturelle adverse, l'humiliation des hommes en charge de leur protection mais impuissants à les défendre ainsi que le déshonneur des combattants capturés. Perpétré avec la volonté délibérée de semer la terreur, l'infamie et les germes du rejet social, il est une arme de destruction psychique et communautaire. Outre la volonté de semer la peur et la honte, le viol peut être utilisé dans le but de contaminer les rivaux et de propager le virus du VIH/SIDA.

La terminologie du Comité International de la Croix-Rouge désignant le viol comme « méthode de guerre » est plus judicieuse, car plus large, que celle de viol comme « arme de guerre ». Une arme est utilisée dans l'intention d'infliger une blessure ou de tuer. Dans les conflits armés, le viol peut servir ces fins mais également être exploité pour des raisons plus perfides comme polluer l'ethnicité d'une communauté. Par exemple, durant le conflit en ex-Yougoslavie, les combattants serbes recouraient au viol et aux grossesses forcées pour pervertir la « race » de leur ennemi et anéantir le futur de la communauté bosniaque. Dans l'Est du Congo, les combattants Hutus originaires du Rwanda (15) utilisent cette stratégie pour forcer les femmes congolaises à donner naissance à des enfants

porteurs de leur identité culturelle et ce, dans le but délibéré de s'implanter civilement dans la région qu'ils occupent militairement.

Autres formes de viol commis par les belligérants. De tous temps, les agressions sexuelles ont fait partie des traditions guerrières. Elles le restent malgré la ratification de lois internationales et de codes militaires les interdisant et les sanctionnant. Toutes les exactions commises durant un conflit armé ne servent toutefois pas d'armes de guerre. En effet, les agresseurs ne poursuivent pas nécessairement un plan stratégique et tactique édicté par leurs supérieurs ; ils agissent fréquemment de leur propre initiative.

– **Le viol comme hymne à la virilité du combattant.** Certains viols sont une récompense octroyée aux combattants par les autorités militaires. Les supérieurs hiérarchiques autorisent parfois, voire encouragent leurs troupes à commettre des viols sur les populations civiles pour les récompenser des services rendus, exalter leur bravoure et doper leur moral. De même, après une victoire, il n'est pas rare que les vainqueurs violent les filles et les femmes des vaincus considérées comme un butin de guerre et parfois, qu'ils agressent sexuellement les hommes dans l'intention de les humilier.

– **Le sexe de confort.** Les combattants sont généralement jeunes et sexuellement actifs, célibataires ou séparés de leur famille (manque affectif et sexuel), sommairement instruits (ignorance des lois) et soustraits au contrôle social de leur communauté d'origine (absence d'agent régulateur des conduites considérées comme inadmissibles), parfois intégrés dans des unités de combat peu structurées et peu encadrées. De plus, ils jouissent d'une impunité quasi assurée (silence des victimes, tolérance des autorités quant aux agressions sexuelles, désorganisation des systèmes policiers et judiciaires, etc.) et consomment fréquemment de substances psychoactives (alcool, drogues) aux effets désinhibiteurs. Tous ces facteurs contribuent eux aussi à l'explosion des viols des filles et des femmes dans les situations de conflits armés. De même, pour humilier leurs victimes mais également pour assouvir leurs propres pulsions sexuelles, des agents pénitenciers peuvent faire subir des agressions sexuelles aux détenus, femmes et hommes, prisonniers de guerre.

– **Le sexe de confort « organisé ».** Des filles et des femmes sont enlevées par des combattants et séquestrées dans leur campement. Dans certains cas, elles sont considérées comme l'épouse d'un seul homme ; dans d'autres, elles sont les esclaves sexuelles de la troupe. Outre les services sexuels, elles sont chargées des tâches domestiques, agricoles et militaires. L'esclavage sexuel est parfois organisé et planifié par les autorités militaires. Ainsi, des fillettes et des femmes sont kidnappées pour assouvir les besoins sexuels des forces armées. Elles sont prostituées de force dans des casernes ou dans des bor-

(15) De nombreux Hutus, qu'ils aient ou non participé au génocide des Tutsis, ont fui le Rwanda en 1994 par peur des représailles et se sont réfugiés au Congo. Parmi eux, les Interhamwés (miliciens rwandais responsables du génocide, dont le nom en Kinyarwanda signifie « ceux qui combattent ensemble ») ont grandement contribué à déstabiliser la région. Aujourd'hui encore, ils sont tenus pour responsables de nombreux pillages et viols.

dels sous contrôle militaire. Pendant la seconde guerre mondiale, les femmes contraintes de se prostituer pour l'armée et la marine impériale japonaise ont été appelées « femmes de confort » ou de « réconfort ». Plus récemment, durant la guerre en ex-Yougoslavie, des filles et des femmes ont été victimes de la traite des êtres humains pour rencontrer la demande en prostituées émanant des membres des forces internationales de maintien de la paix stationnées dans la région.

L'inceste et le viol forcé d'un proche. Dans certains contextes, des femmes et des hommes sont contraints par les agresseurs à se livrer à des relations sexuelles avec des membres de leur famille (entre mère et fils, père et fille, frère et sœur, tante et neveu).

Les actes sexuels forcés avec un codétenu ou un homme de la communauté. Des soldats, des gardiens de prison ou des policiers forcent les hommes à avoir des rapports sexuels entre eux comme forme de « divertissement ».

Les rapports sexuels contre-nature. Les individus, femmes et hommes, sont parfois contraints par leurs bourreaux à se livrer à des relations sexuelles avec un animal.

Le spectacle du viol des membres de sa famille perpétré par les belligérants ou par des membres de la communauté de la victime forcés par les agresseurs de commettre ces agressions. Des familles sont contraintes à assister au viol de leurs proches, le plus souvent de l'épouse, de la mère, des sœurs ou des enfants. Il leur est parfois imposé de danser, d'applaudir ou de chanter pendant la durée du viol. On les force aussi à faciliter l'agression, par exemple, en immobilisant la victime pour l'empêcher de se débattre, en fournissant de l'huile pour lubrifier le sexe d'un enfant et permettre ainsi la pénétration, etc. Outre les dommages causés à la victime, ce type de viol vise à blesser l'amour propre et l'honneur des hommes de son entourage qui n'ont pas pu la défendre.

Les brutalités exercées sur les zones génitales et la destruction des fonctions reproductives. Des tortures et des mutilations sexuelles sont souvent infligées aux filles et aux femmes de la communauté adverse (éventration des femmes enceintes, mutilation des organes génitaux, intromission d'objets dans les parties génitales, etc.), avant, pendant ou après un viol. Les organes sexuels des hommes, notamment lorsque ces derniers sont incarcérés, sont fréquemment le siège des tortures (décharges électriques, coups, torsions, introduction d'objets dans l'anus, mutilations et amputation des organes génitaux, etc.).

Les grossesses imposées par la force. Des jeunes filles et des femmes sont violées de façon répétée jusqu'à ce qu'elles soient enceintes. Elles sont maintenues en captivité jusqu'à un terme avancé de la gestation et sont relâchées lorsqu'un avortement ne peut plus être pratiqué. Dans certains cas, il s'agit d'une stratégie visant délibérément à corrompre les liens communau-

taires en forçant les femmes à donner naissance à un enfant porteur de l'identité culturelle des bourreaux (comme ce fût le cas en ex-Yougoslavie). Dans d'autres cas, il s'agit d'une manœuvre de l'adversaire pour s'implanter dans une région en créant un métissage entre population locale et groupe d'occupation (par exemple, en République Démocratique du Congo).

Les violences sexuelles opportunistes. L'impunité dont jouissent les agresseurs (impunité des agents gouvernementaux, désorganisation des systèmes policiers et judiciaires, etc.) pousse des combattants et des civils à considérer le sexe comme un service facile à obtenir, moyennant pression.

– **Le viol opportuniste.** Pour satisfaire leurs pulsions sexuelles, des hommes armés, tant combattants que civils, profitent de l'avantage que leur procurent leurs armes pour exiger les faveurs sexuelles des femmes de la communauté adverse, voire de la leur.

– **L'exploitation sexuelle ou les violences sexuelles comme monnaie d'échange.** Dans les situations de conflit, des filles et des femmes sont contraintes de pactiser avec l'ennemi et d'entretenir des relations sexuelles avec des hommes occupant des postes de décision et de pouvoir (militaires, forces du maintien de la paix, passeurs, gardes-frontières, responsables de la distribution de l'aide humanitaire, etc.) pour avoir la vie sauve, assurer leurs moyens de survie (abri, nourriture, protection, etc.), obtenir le passage d'une frontière ou d'un check-point, acquérir des documents légaux importants, etc.

Les dévalorisations sexuelles. Les hommes, notamment lorsqu'ils sont retenus prisonniers, subissent des humiliations multiples par rapport à leurs organes sexuels et à leur masculinité : railleries, moqueries, insultes, féminisation du prénom, contrainte à porter des sous-vêtements féminins, etc. Les femmes sont parfois forcées de s'exposer nues au regard d'autrui et sont elles-aussi la cible d'affronts portant sur leur physique et leurs attributs sexuels.

Les pratiques traditionnelles dommageables. Les guerres peuvent favoriser la reprise et/ou le renforcement de pratiques traditionnelles. C'est le cas, notamment, des mutilations sexuelles féminines. Les communautés en conflit qui les pratiquent traditionnellement y recourent davantage comme moyen de renforcer leur identité culturelle. Les mariages précoces sont aussi plus fréquents en raison du risque de viol (incapacité à garantir le maintien de la pureté sexuelle des filles) et de l'appauvrissement dû à la guerre (mariage permettant d'obtenir la dot ou d'avoir une bouche en moins à nourrir).

CONCLUSION

Pour les violences sexuelles perpétrées en contexte guerrier, le constat d'une pratique massive peut être

dressé. Le viol et les abus sexuels font partie de l'arsenal habituel des tortionnaires. Machines et méthodes de guerre, les agressions sexuelles sont souvent associées à la mise en œuvre de dispositifs de domination ethnique et politique. Armes d'humiliation, d'assujettissement et de terreur, elles visent à annihiler l'identité des individus et à détruire les liens communautaires. Elles lèguent aux survivants des conflits armés un triple traumatisme, personnel, familial et social, souvent indélébile. Si diversement dévastatrices que soient les formes qu'elles empruntent, les violences sexuelles assombrissent davantage les monstruosité monstrueuses des théâtres de la guerre. ■

BIBLIOGRAPHIE

- AMNESTY INTERNATIONAL, Soudan. Viol systématique des femmes et des jeunes filles, index AI : AFR 54/038/2004, http://www.amnestyinternational.be/doc/IMG/article_PDF/article_a3589.pdf
- AUGUSTIN, *La cité des Dieux*, Tome premier, Jacques Rollin fils, Paris.
- AVEGA « Agahozo » (1999), Etude sur les violences faites aux femmes, document de l'association, Kigali, 1999.

IRIN, In-depth: Broken bodies - broken dreams: violence against women exposed, Chapter 13: Sexual violence in times of war, http://www.irinnews.org/pdf/bb/13IRIN_Duo-GBV-War.pdf, 2005.

JOSSE E., Violences sexuelles et conflits armés en Afrique, *SéF Savoirs et Formation, la revue de la Fédération nationale des Associations pour l'Enseignement et la Formation des Travailleurs Immigrés et de leurs familles*, N°69, juillet, août, septembre 2008, France.

JOSSE E., « Ils sont venus avec deux fusils » : les conséquences des violences sexuelles sur la santé mentale des femmes victimes dans les contextes de conflit armé, 31-03-2010 *Revue internationale de la Croix-Rouge* No 877, p.177-195.

JOSSE E., Violences sexuelles dans les conflits armés, confluences avec la torture, 23 janvier 2013 rapport 2012/2013 sur la torture « Un monde Tortionnaire », ACAT, 2013.

JOSSE E., DUBOIS V., Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse, Boeck Université, collection Crisis, 2009.

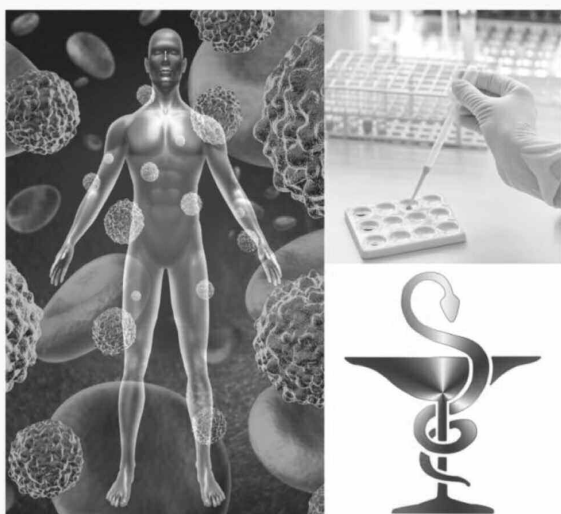
OMS, « Rapport mondial sur la violence et la santé », chapitre 6 « La violence sexuelle », sous la dir. de Krug E. G., Dahlberg L.L., Zwi A., Lozano-Ascencio R., Genève, 2002.

TITE-LIVE, *Histoire romaine, tome I*, trad. Baillet G., Les Belles Lettres, 1997.

LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Une approche pratique
des médicaments à notre disposition

Jean TRÉDANIEL



ÉDITIONS ESKA

LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Jean TRÉDANIEL

Edition 2015

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

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

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

Jean TRÉDANIEL est Professeur de Cancérologie à l'Université Paris Descartes. Il dirige l'unité de cancérologie thoracique du Groupe Hospitalier Paris

Saint Joseph. Il a été membre du Scientific Advisory Group – Oncology qui donne un avis sur les nouveaux médicaments qui déposent une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché auprès de l'European Medicines Agency.

BON DE COMMANDE

☐ Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **LES MÉDICAMENTS DES CANCERS** », par **Jean Trédaniel** - Code EAN 978-2-7472-2413-0

Prix : 40,00 € + 1,00 € de frais de port, soit € x exemplaire(s) = €

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

☐ Carte Bleue Visa n° ☐ Date d'expiration :

☐ Signature obligatoire :

☐ par Virement bancaire au compte des Editions ESKA

Etablissement BNP PARIBAS – n° de compte : 30004 00804 00010139858 36

IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836 BIC BNPAFRPPPE

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 - France - Tél. : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

LE VIH/SIDA DANS LES SITUATIONS D'URGENCE DE CONFLIT ET DE POST-CONFLIT

*HIV/AIDS IN EMERGENCY SITUATIONS
IN CONTEXTS OF CONFLICT OR POST-CONFLICT*

Par Evelyne JOSSE*

ARTICLE ORIGINAL

RÉSUMÉ

Les guerres, les persécutions, la fuite et l'exil accroissent la vulnérabilité à l'infection VIH des populations affectées et des communautés-hôte. Il existe d'une part, des facteurs rendant les individus sains plus vulnérables à la contamination par le virus et d'autre part, des facteurs contribuant à fragiliser les personnes séropositives.

MOTS-CLÉS

VIH, SIDA, Personnes vivant avec le VIH, Risques, Vulnérabilité, Violences sexuelles, Prostitution, Drogue.

* Psychologue, psychothérapeute, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 La Hulpe, Belgique.
evelynejosse@gmail.com - www.resilience-psy.com

SUMMARY

War, persecution, flight and exile increase the vulnerability to HIV infection of the populations concerned and the host communities. On the one hand, there are factors which make healthy individuals more vulnerable to contamination by the virus and, on the other hand, factors which contribute to making seropositive people more fragile.

KEYWORDS

HIV, AIDS, People living with HIV, Risks, Vulnerability, Sexual violence, Prostitution, Drugs.

LE VIH/SIDA EN QUELQUES CHIFFRES

Depuis le début de l'épidémie, entre 71 et 87 millions de personnes ont été infectées et entre 35 et 43 millions ont succombé à la maladie.

Fin 2013, on estimait entre 33 et 37 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH (1) dans le monde. Cette année-là, entre 1,9 million et 2,4 millions de personnes ont été nouvellement contaminées par le virus et plus 1,5 million sont décédées des suites du SIDA.

(1) Virus de l'immunodéficience humaine.

(2) Les sept questions transversales sont les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, le « genre », la protection, le VIH/SIDA et l'environnement.

(3) Les différents secteurs techniques sont l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène, la sécurité alimentaire, la nutrition et l'aide alimentaire, les abris, les établissements humains et les articles non alimentaires et les services de santé.

(4) Soulignons que la prévalence du VIH est élevée dans la plupart des pays agités par un conflit armé ainsi qu'au sein de populations accueillant les réfugiés (par exemple, les pays d'Afrique).

(5) Les personnes VIH positives courent le risque d'être infectées par une souche du virus plus agressive ou résistante aux traitements.

(6) Les mêmes facteurs expliquent la contamination par les IST (infections sexuellement transmissibles).

(7) A contrario, notons que certains facteurs peuvent freiner la propagation de l'infection tels que la réduction de la mobilité des secteurs ruraux vers les villes à prévalence élevée, l'installation des populations réfugiées dans une zone isolée et inaccessible ou bien encore, la possibilité de bénéficier de services de soins spécifiques inexistant dans la région d'origine.

LE VIH/SIDA ET LES SITUATIONS D'URGENCE DE CONFLIT ET DE POST-CONFLIT

Le VIH/SIDA constitue un problème majeur de santé publique. D'après le Projet Sphère, il doit être considéré comme une question transversale (2) des interventions lors de catastrophes car il revêt une importance pour tous les secteurs techniques humanitaires (3).

Dans les situations d'urgence, le VIH/SIDA n'est généralement pas considéré comme une priorité en regard des enjeux vitaux menaçant immédiatement les populations affectées par les violences de masse. Or, négliger ce facteur critique peut entraîner des effets plus délétères encore que les conflits armés eux-mêmes.

Les guerres, les persécutions, la fuite et l'exil accroissent la vulnérabilité à l'infection VIH des populations affectées et des communautés-hôte (4). Il existe d'une part, des facteurs rendant les individus sains plus vulnérables à la contamination par le virus et d'autre part, des facteurs contribuant à fragiliser les personnes séropositives.

UN RISQUE ACCRU DE PROPAGATION DU VIRUS

Diverses raisons expliquent l'exposition accrue au risque d'être infecté (ou réinfecté (5)) par le VIH (6) durant les phases d'urgence et de post-urgence (7) :

- Dans les situations de conflit et de déplacement, les femmes et les enfants sans soutien familial sont particulièrement exposés aux diverses formes de violence sexuelle (viol comme méthode de guerre ou de génocide, viol opportuniste, services sexuels comme monnaie d'échange, prostitution forcée, esclavage sexuel, etc.).
- Les situations de grande précarité poussent des femmes et des enfants à recourir à la prostitution volontaire pour subvenir à leurs besoins.
- Les différentes phases de l'urgence favorisent les relations sexuelles éphémères et la multiplication des partenaires. Dans ces contextes, les valeurs de référence, les normes sociales, les codes de conduite et les systèmes de pouvoir régissant la vie collective sont souvent affaiblis. Ainsi, l'entourage agit moins efficacement en tant qu'agent régulateur des comportements des individus. En raison de cette défaillance du contrôle social, les conduites antérieurement considérées comme inadmissibles telles que les relations multiples sont moins intolérables, ce qui favorise leur émergence. De plus, les décès et la dispersion des familles privent les personnes de leurs réseaux habituels de soutien. Dès lors, elles peuvent éprouver le besoin de compenser la perte des relations affectives familiales, désirer construire de nouvelles relations amoureuses ou « remplacer » les enfants disparus. La sexualité agit comme un mécanisme de coping (8) ; elle devient un moyen de recevoir de l'affection, de combler la solitude mais aussi d'oublier les soucis, de diminuer l'anxiété, de se relaxer et de trouver du plaisir.
- Les situations de conflit et de chaos peuvent favoriser le trafic de drogues illicites injectables ou rendre aléatoires les précautions habituelles (par exemple, la difficulté de se procurer des seringues favorise l'échange de celles-ci entre consommateurs). La consommation par voie intraveineuse peut participer à la propagation de l'épidémie du VIH.
- Les situations de violence favorisent le recours à des substances psychoactives. La consommation abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de

drogues se mue en tentative d'automédication contre les symptômes traumatiques (cauchemars, souvenirs répétitifs, flash-back, dépression, anxiété, etc.) ou les réactions de stress (hyperactivation neurovégétative : palpitation, crampes, etc.), un moyen de fuir la réalité ou de « tuer » l'ennui. Ces substances psychotropes altèrent la capacité du consommateur à percevoir les signes de danger et en conséquence, de s'en protéger. Elles accroissent ainsi le risque de se livrer à des rapports sexuels non protégés (consensuels ou forcés).

- Dans les contextes de guerre ou d'insécurité politique, l'omniprésence du danger relativise dans l'esprit de nombreuses personnes le risque de contamination par le VIH. Les jeunes, en particulier, qui côtoient le danger depuis leur tendre enfance peuvent ne pas considérer les mesures préventives du VIH comme une priorité.
- L'arrivée dans une zone d'un groupe à prévalence élevée du VIH peut jouer un rôle important dans la propagation de l'infection. Ainsi, le déploiement de forces militaires (force du maintien de la paix et autres troupes armées) détachées d'une autre région peut considérablement augmenter le risque d'infection au sein de la population régionale (population déplacée résidant dans la région et population locale). En effet, les forces armées font partie des groupes professionnels les plus affectés par le VIH/SIDA. Cela s'explique notamment par le fait que les militaires sont jeunes, en poste loin de leur famille (manque affectif), soustraits au contrôle social de leur communauté d'origine et en possession d'une arme (possibilité de contraindre).
- Les mouvements de populations consécutifs aux violences de masse peuvent confronter une communauté relativement préservée des ravages de l'infection à une population au sein de laquelle la prévalence est élevée. Par exemple, les populations rurales migrant vers des zones urbaines se voient exposées à un risque accru (9) de contamination par le VIH.
- Les situations de conflits armés suspendent généralement les activités d'information et de prévention (10) des programmes VIH/SIDA (notamment, rupture dans la distribution de préservatifs).
- Dans les situations d'urgence, le personnel des structures sanitaires surmené omet parfois de respecter scrupuleusement les mesures de précautions universelles (11) (non respect des procédures de stérilisation, du contrôle du sang, erreurs commises en raison de la pression, etc.).

(8) Face à une situation difficile, nous ne restons pas inactifs mais nous tentons d'y répondre. En anglais, on parle de « coping » (du verbe « cope with » signifiant « faire face »). Le coping peut être défini comme la façon dont nous raisonnons et agissons pour remédier aux situations stressantes.

(9) La prévalence du VIH dans les zones urbaines est supérieure à celle des régions rurales.

(10) Il s'agit ici de prévention primaire. La prévention primaire consiste à prévenir la transmission du VIH en informant des comportements et des activités qui augmentent le risque d'infection.

(11) Les précautions universelles sont l'ensemble des mesures standard visant à protéger le personnel et les patients de toute exposition éventuelle à des agents pathogènes véhiculés par les liquides biologiques. Ces procédures sont essentielles pour prévenir la transmission du VIH d'un patient à l'autre, d'un soignant à un patient ou d'un patient à un soignant.

(12) Personnes vivant avec le VIH/SIDA.

LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DES PVVS

Divers facteurs contribuent à fragiliser les PVVS (12) dans les contextes d'urgence et de post-urgence :

- Les situations de grande précarité amplifient l'impact du virus, voire accélèrent l'évolution de la maladie. Les personnes immunodéprimées sont davantage susceptibles de contracter des maladies que les individus sains et se rétablissent plus difficilement. Or, les mauvaises conditions sanitaires les exposent davantage aux infections et l'insuffisance alimentaire compromet leur rétablissement et ce, aux différentes phases de l'urgence.
- Les personnes isolées et affaiblies par la maladie peuvent ne pas bénéficier des interventions de secours ou ne pas avoir accès aux distributions de l'aide humanitaire.
- Dans un pays agité par des violences de masse, l'accès à l'information, à la prévention (13), aux préservatifs, aux tests de dépistage, aux traitements, aux soins et au soutien ad hoc est souvent médiocre, voire inexistant ou impossible (infrastructures endommagées, installations sanitaires inaccessibles en raison de l'insécurité, paupérisation induite par les circonstances rendant les services inabordables, dysfonctionnement des structures par manque de personnel, de médicaments ou de moyens financiers, engorgement des capacités des structures par l'afflux de blessés, etc.).
- Les pays dans lesquels les migrants trouvent refuge peuvent se montrer réticents ou être incapables d'offrir aux personnes séropositives les services nécessaires (14). Leur capacité de gestion et les ressources qu'ils allouent à la santé, en particulier aux programmes VIH/SIDA, peuvent être saturées par la prise en charge de leur propre population nationale ou être rapidement dépassées par l'afflux de réfugiés. De plus, il n'est pas rare que les populations en fuite soient accueillies dans des zones isolées dépourvues de services adéquats.
- Le VIH est une cause de discrimination supplémentaire frappant les migrants déjà stigmatisés du fait de leur statut de réfugié. Cette stigmatisation représente un obstacle à l'accès aux services et aux soins. En effet, les personnes infectées peuvent, par exemple, se voir refuser un visa ou être privées de droit de résidence dans certains pays. Du coup, la crainte d'être refoulés décourage de nombreux réfugiés à

entreprendre les démarches pour connaître leur statut sérologique ou pour recevoir de l'aide.

CONCLUSION

L'impact péjoratif de l'infection à VIH/SIDA doit inciter les organisations humanitaires à intégrer systématiquement la lutte contre le virus dans leur programme d'urgence (15). Les activités doivent cibler tant les communautés déplacées que les populations d'accueil. En effet, celles-ci sont peu ou prou en contact et les manquements dans la prévention et les soins offerts à l'une des deux collectivités risquent de nuire gravement aux résultats des actions menées auprès de l'autre. De plus, les inégalités dans l'accès ou la qualité des services peuvent engendrer des jalousies et être ainsi à l'origine de conflits. ■

BIBLIOGRAPHIE

- HOLMES, W., SMITH J., *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*, International Rescue Committee (IRC), Kumarian Press, 2003.
- HUMANITARIAN PRACTICE NETWORK (HPN), *HIV/AIDS and emergencies: analysis and recommendations for practice*, Smith A., Network paper, <http://www.sheltercentre.org/shelterlibrary/items/pdf/HIV-AIDSAndEmergencies.pdf> 2002.
- INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC), *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence*, Genève, http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/IASC_Guidelines-Emergency-Settings_fr.pdf, 2005.
- JOSSE E., DUBOIS V., *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, Boeck Université, collection Crisis, 2009.
- ONUSIDA, UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR), *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes*, Une publication conjointe du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Genève, http://whqlibdoc.who.int/unaid/2005/9291734519_fre.pdf, 2006.
- ONUSIDA, UNHCR, *Politique générale. VIH et réfugiés*, Genève, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1300-policybrief-refugees_fr.pdf, 2007.
- SAVE the CHILDREN, *HIV and Conflict. A double emergency*, London, <http://vihtypo.iiep.unesco.org/search/resources/conflict.pdf> ? 2002.
- SPIEGEL P., *HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action*. Paper presented at "20th meeting of the Inter-Agency Advisory Group on

(13) On entend ici l'accès à la prévention primaire (réduction du risque qu'un individu sain soit infecté par le virus), secondaire (réduction du risque qu'une personne infectée transmette le VIH à d'autres) et tertiaire (maintien de cette personne dans l'état de santé le meilleur possible).

(14) Rappelons que les réfugiés ont droit à ces services et soins en vertu des instruments relatifs aux Droits de l'Homme.

(15) C'est la recommandation des Nations Unies et d'autres organismes. Voir notamment, la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, ONU (2001), S-26/2. *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Assemblée Générale, A/RES/S-26/2*, www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf.

AIDS", Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), du 9-10 février 2004, Genève, <http://www.unhcr.org/cgi-bin/txis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4162693e4> ? 2004.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR), *UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned*, Geneva, www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR1909.pdf, 2002.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR) (), *Les réfugiés, le VIH et le SIDA : Plan stra-*

tégique du HCR pour 2005-2007, Genève, <http://www.unhcr.fr/cgi-10.bin/txis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=42f327a42>, 2005.

WOMEN'S COMMISSION FOR REFUGEE WOMENT AND CHILDREN, *Refugees and AIDS. What should the humanitarian community do ?*, <http://www.helid.desastres.net/?e=d-000who-000-1-0-010-4-0-0-10l-11fr-5000-50-about-0-01131-001-110utfZz-8-0-0&a=d&cl=CL5.3&d=Js2683e.6>, 2002.

INDEX DES ARTICLES PARUS EN 2014 DANS LE *JOURNAL* *DE MÉDECINE LÉGALE*

Articles published in 2014 in the Journal of Forensic Medicine

Volume 57 - Année / Year 2014

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

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

SÉRIE / SERIES "E" — N° 1-2

PP 4

HOMMAGE À EMMANUEL CADEAU
HOMAGE TO EMMANUEL CADEAU

PP 5

EDITORIAL : LA PLURIDISCIPLINARITÉ AVEC LE DROIT AU SERVICE DE LA SANTÉ
FOREWORD: MULTIDISCIPLINARY OF THE LAW APPLIED TO HEALTH
Christian BYK

PP 15-18

LE *NUMERUS CLAUSUS* MÉDICAL : UN SYSTÈME ABSURDE ET INIQUÉ QUI GÉNÈRE DES DÉRIVES CROISSANTES
THE MEDICAL NUMERUS CLAUSUS: AN ABSURD AND UNFAIR SYSTEM GENERATING INCREASING INEQUALITY
Antoine LECA

Mots-clés : *Numerus clausus*, Vichy et médecins juifs, Médecins étrangers en France, Étude médicale hors de France.

Keywords: *Numerus clausus*, Vichy and Jewish doctors, Foreign doctors in France, Medical study out of France.

PP 19-20

LE DROIT MÉDICAL, FONDATEUR DE L'EFFECTIVITÉ DE L'UNIVERSALITÉ DU PRINCIPE DE LA RESPONSABILITÉ
MEDICAL LAW, THE FOUNDER OF THE UNIVERSAL PRINCIPLE OF MEDICAL RESPONSIBILITY
Pierre SARGOS

Mots-clés : Responsabilité médicale, Droit médical.
Keywords: *Medical responsibility, Medical Law.*

PP 21-23

LA FIN DE VIE EN FRANCE : ENTRE RESPECT DE LA DIGNITÉ ET AUTONOMIE DE LA PERSONNE
THE END OF LIFE IN FRANCE: BETWEEN RESPECT OF THE HUMAN DIGNITY AND AUTONOMY
Valérie DEPADT-SEBAG

Mots-clés : Fin de vie, Loi du 22 avril 2005, Dignité, Respect, Autonomie.

Keywords: *End of life, French law dated 22 April 2005, Dignity, Respect, Autonomy.*

PP 24-27

LE DON DE GAMÈTES PAR CEUX QUI N'ONT PAS PROCRÉÉ : UNE INNOVATION DE LA LOI DU 7 JUILLET 2011
THE DONATION OF GAMETES BY THOSE WHO DID NOT PROCREATE: AN INNOVATION OF THE

FRENCH LAW DATED 7 JULY 2011

Valérie DEPADT-SEBAG

Mots-clés : Procréation médicalement assistée, Don de gamètes, Consentement, Auto-conservation, Volonté altruiste.

Keywords: Medically assisted procreation, Donation of gametes, Consent, Auto-conservation, Altruistic goodwill.

PP 28-35

LA QUESTION DE L'ACCÈS DES PERSONNES HOMOSEXUELLES À L'AMP EN FRANCE. CONTEXTE JURIDIQUE, ANALYSE COMPARATISTE ET ENJEUX

THE QUESTION OF ACCESS OF HOMOSEXUALS TO ARTIFICIAL REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES (ART) IN FRANCE. LEGAL CONTEXT, COMPARATIVE ANALYSIS AND STAKES

Karène PARIZER-KRIEF

Mots-clés : Assistance médicale à la procréation (AMP), Personnes homosexuelles, Adoption, Droit comparé.

Keywords: Artificial reproductive technologies (ART), Homosexuality, Adoption, Comparative law.

PP 36-41

TRANSSEXUALISME, TRANSIDENTITÉ, IDENTITÉ DE GENRE : CHRONIQUE D'UNE ANNÉE TUMULTUEUSE

TRANSSEXUALISM, TRANS IDENTITY, GENDER IDENTITY: CHRONICLE OF A TUMULTUOUS YEAR

Sophie PARICARD

Mots-clés : Transsexualisme, Sexe, Identité de genre, Changement de sexe.

Keywords: Transsexualism, Gender, Gender identity, Gender reassignment.

PP 42-48

CHRONIQUE D'ACTUALITÉ : L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

CURRENT NEWS COLUMN: LIABILITY INSURANCE FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

Axelle ASTEGIANO-LA RIZZA

Mots-clés : Assurance responsabilité civile médicale, Garantie, Limites de garantie, ONIAM.

Keywords: Medical liability insurance, Warranty, Warranty Limitations, ONIAM.

PP 49-51

DROIT, DONNÉES DE SANTÉ, TÉLÉMÉDECINE, IMAGERIE MÉDICALE, ET GÉRONTECHNOLOGIES
LAW, HEALTH DATA, TELEMEDICINE, MEDICAL IMAGING AND GERONTECHNOLOGY

Nathalie FERRAUD-CIANDET, Pierre DESMARAIS, Pierre SAUREL, Vincent RIALLE

Mots-clés : Télémédecine, Télésanté, Personnes âgées, Autonomie, Union européenne.

Keywords: Telemedicine, eHealth, Elderly, Autonomy, European Union.

PP 52-54

INTERVIEW DE PIERRE TRINEAU

INTERVIEW TO PIERRE TRINEAU

Pierre DESMARAIS

PP 55-60

ÉTAT DES LIEUX DE LA LÉGISLATION SUR LA RECHERCHE

STATE OF THE ART THE LAW ON RESEARCH

Bénédicte BÉVIÈRE-BOYER, Nadia BELHROMARI

Mots-clés : Embryons, Cellules souches, Ethique, PMA et protocoles de recherches.

Keywords: Embryos, Stem Cells, Ethics, Medical procreation, Research protocols.

PP 61-62

RECHERCHE EN MÉDECINE LÉGALE : CADRE JURIDIQUE DE L'UTILISATION SECONDAIRE DES PRÉLÈVEMENTS JUDICIAIRES

FORENSIC RESEARCH: LEGAL FRAMEWORK FOR THE SECONDARY USE OF JUDICIAL LEVIES

Anne-Marie DUGUET

Mots-clés : Recherche post-mortem, Médecine légale thanatologique, Autopsie, Protection légale du cadavre, Scellés judiciaires.

Keywords: Post-mortem research, Forensic autopsy, Legal protection of bodies, Judicial seals.

PP 63-64

INFORMATION ET CONSENTEMENT : LA LOI N° 2012-300 CONDUIT-ELLE VERS UNE CLARIFICATION ?

INFORMATION AND CONSENT : DOES THE FRENCH ACT N°2012-300 CLEAR UP THE MATTER?

Anne LE LOUARN

Mots-clés : Consentement, Information, Non opposition, Recherche biomédicale, Recherche non interventionnelle, Comité de Protection des Personnes (CPP).

Keywords: Consent, Information, Non objection, Biomedical research, Non interventional study, Committee for the Protection of Persons concerned (CPP).

PP 65-79

LES PRODUITS DE SANTÉ : SYNTHÈSE DE L'ACTUALITÉ JURIDIQUE 2013

HEALTH PRODUCTS: SYNTHESIS OF LEGAL NEWS IN 2013

Béatrice ESPESSON-VERGEAT

Mots-clés : Actualité juridique 2013, AEM, Aliment, AMM, ANSM, Cosmétique, Diane 35, Dispositif médical, Harmonisation, Libertés économiques, Marché virtuel, Médicament, Monopole pharmaceutique, Pilule de 3^e génération, Produit biologique, Produit de santé, Produit frontière, Publicité, Sécurité juridique, Sécurité sanitaire, Stupéfiants, Tétrazépam, Vente en ligne.

Keywords: 2013 Legal News, AEM, Food, AMM, ANSM, Cosmetics, Diane 35, Medical device, Harmonization, Economic freedoms, Virtual market, Pharmaceutical drug monopoly, 3rd generation pill, Biological product, Health Products, Product border-advertising, Legal certainty, Safety, Narcotics, Trazepam, Online.

PP 80-83

LE MÉCÉNAT PRIVÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

PRIVATE SPONSORSHIP IN PUBLIC HEALTH FACILITIES

Rodolphe BOURRET, François VIALLA, Eric MARTINEZ, Laurent BUTSTRAEN

Mots-clés : Mécénat, Etablissement public de santé, Actions philanthropiques, Don, Régime fiscal, Intérêt général, Fondation, Fonds de dotation.

Keywords: Patronage, Public health establishment, Philanthropy, Donation, Tax system, General interest, Foundation, Endowment fund.

PP 84-88

PREMIÈRE CHRONIQUE (2012-2013)

CHRONICLE: HEALTH AND ENVIRONMENT. FIRST COLUMN (2012-2013)

Par Estelle BROSSET

Mots-clés : Environnement, Santé, Europe, Droit.

Keywords: Environment, Health, Europe, Law.

PP 89-92

LE RÉGIME JURIDIQUE PARTICULIER APPLICABLE DANS LE CADRE DE LA STATION SPATIALE INTERNATIONALE

LAW APPLICABLE TO THE MEDICAL ASPECTS IN THE INTERNATIONAL SPACE STATION

Par Mireille COUSTON

Mots-clés : Station spatiale, Droit de l'espace, Sécurité physique des astronautes, Codes de conduite.

Keywords: Spatial Station, space law, Physical Security.

PP 93-97

« BRÈVES » DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE LÉGALE ET DU DROIT DE LA SANTÉ

"NEWS" IN THE HISTORY OF FORENSIC MEDICINE AND HEALTH LAW

Vincent-Pierre COMITI

Mots-clés : Histoire de la médecine, Histoire du droit de la santé, Histoire des langages médicaux, Jean-Jacques Rousseau, Systèmes d'information.

Keywords: History of medicine, History of health law, History of medical languages, Jean-Jacques Rousseau, Information systems.

PP 98-121

BIOÉTHIQUE ET QUESTION PRIORITAIRE DE CONSTITUTIONNALITÉ

BIOETHICS AND PRIORITY ISSUE OF CONSTITUTIONALITY

Christian BYK

Mots-clés : Bioéthique, Droit de la santé, Question Prioritaire de Constitutionnalité, Droits et libertés, Questions de procédure.

Keywords: Bioethics, Health Law, Priority issue of constitutionality, Rights and liberties, Procedural matters.

PP 122-124

ALGÉRIE : CHRONIQUE

ALGERIA - REVIEW

Abdalhafidh OUSSOUKINE

Mots-clés : Loi sanitaire, Droit, Déontologie.

Keywords: Health law, Law, Deontology.

PP 125

SITUATION ACTUELLE DE LA BIOÉTHIQUE EN AMÉRIQUE CENTRALE

BIOETHICS IN CENTRAL AMERICA – STATE OF THE ARTS

Claude VERGÈS

Mots-clés : Comités de bioéthique, Formation médicale, Panama, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras.

Keywords: Bioethics committees, Medical formation, Panama, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras.

PP 126-127

ESPAGNE : RÉCENTS DÉVELOPPEMENTS DE LA LÉGISLATION ESPAGNOLE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

RECENT DEVELOPMENTS IN THE SPANISH LEGISLATION IN THE FIELD OF HEALTH

Antonio PIGA, Teresa ALFONSO, Íñigo BARREDA

Mots-clés : Législation sanitaire, Système national de santé espagnol, Droit sanitaire, Lois et normes de santé.

Keywords: Health Legislation, Spanish National Health System, Health law, Laws and health standards.

PP 128-129

CHRONIQUE LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE
TUNISIENNE 2013

CHRONIC LEGISLATIVE AND REGULATORY
TUNISIA 2013

Karim CHAYATA

Mots-clés : Tunisie, Chronique, Droit de la santé,
Texte de loi, Règlement.

Keywords: Tunisia, Chronicle, Law Health, Law text,
Regulation.

PP 130-131

QUELLE PLACE POUR LA SANTÉ DANS LA
CONSTITUTION DU 27 JANVIER 2014 ?

WHAT PLACE FOR HEALTH IN THE
CONSTITUTION OF 27 JANUARY 2014?

Amel AOUIJ MRAD, Karim CHAYATA

Mots-clés : Tunisie, Constitution, Santé, Couverture
sociale, Principe de dignité.

Keywords: Tunisia, Constitution, Health, Coverage
social, Principle dignity.

SÉRIE / SERIES "D" — N° 3

PP 133-134 [PP 1-2]

ÉDITORIAL

FOREWORD

V. DANG VU

PP 137-140 [PP 5-8]

ÉTAT VÉGÉTATIF CHRONIQUE, ÉTATS PAUCI-RELA-
TIONNELS (EVC / EPR) : DÉFINITION DES
CONCEPTS, ÉVALUATION DES SITUATIONS,
INDEMNISATION ET « PROJET DE VIE »

THE CONCEPTS OF VEGETATIVE STATE (VS) AND
MINIMALLY CONSCIOUS STATE (MCS): CONCEPT
DEFINITION, SITUATION EVALUATION, INDEMNIFI-
CATION, LIFE PROJECTS

T. SARRAF, N. MONTROBERT, C. BOURRAIN,
M. JACQUIN, F. TASSEAU

Mots-clés : État végétatif, état de conscience mini-
male, état pauci-relationnel, cérébrolésion.

Keywords: Vegetative state, minimally conscious
state, brain injury.

PP 141-158 [PP 9-26]

L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE DANS
L'EXPERTISE DU BLESSÉ TRAUMATISÉ CRÂNIO-
CÉRÉBRAL

NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION IN THE
CONTEXT OF MEDICO-LEGAL EXPERT TESTI-
MONY OF PATIENTS WITH SEVERE BRAIN INJURY
C. BOURDON, V. ORSONI

Mots-clés : Evaluation neuropsychologique, trauma-
tisme crânio-cérébral, expertise, dommage corporel,

lésionnel, fonctionnel, situationnel, subjectif, cogni-
tion sociale.

Keywords: Neuropsychological evaluation, brain
injury, expert testimony, physical, organic, function-
al, situational, subjective injury, social cognition.

PP 159-162 [PP 27-30]

LES TROUBLES COGNITIFS ET DU COMPORTE-
MENT DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS SÉVÈRES
COGNITIVE AND BEHAVIOURAL IMPAIRMENTS
AFTER SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

P. AZOUVI

Mots-clés : Traumatismes crâniens (TC), sévères trou-
bles cognitifs complexes.

Keywords: Severe traumatic brain injury, complex
cognitive deficits.

PP 163-177 [PP 31-46]

TRAUMATISME CRÂNIO CÉRÉBRAL ET ASPECTS
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
TRAUMATIC BRAIN INJURY AND MEDICAL-
PSYCHOLOGIC ASPECTS

M. de JOUVENCEL, I. ZURBACH-RENAUDIN

Mots-clés : Trauma, identité et personnalité, TCC,
psychotraumatisme, syndrome de stress post-trauma-
tique.

Keywords: Trauma, identity and personality, traumat-
ic brain injury, psychological trauma, post-traumatic
stress syndrome.

PP 179-188 [PP 47-56]

IMPUTABILITÉ DES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES
DANS LES SUITES D'UN TRAUMATISME CRÂNIEN :
DE LA DOCTRINE À LA PRATIQUE

IMPUTABILITY OF PSYCHOTIC SYMPTOMS FOL-
LOWING BRAIN TRAUMA / HEAD INJURY: FROM
DOCTRINE TO PRACTICE

M. SINDRES, F. BENOUDIBA

Mots-clés : Traumatisme crânien, symptômes psy-
chotiques, schizophrénie.

Keywords: Brain trauma, psychotic symptoms, schiz-
ophrenia.

PP 189-194 [PP 57-62]

LA PROBLÉMATIQUE DE RÉINSERTION DES
TRAUMATISÉS CRÂNIENS

THE PROBLEMATIC ISSUE OF REINTEGRATION OF
CRANIAL TRAUMA PATIENTS

Y. VIGNAUD

Mots-clés : Traumatisme crânien, insertion, accom-
pagnement.

Keywords: Cranial traumatic injury, insertion, sup-
port.

PP 195-201 [PP 63-70]

LE MÉDECIN DE RECOURS : CE MILITANT INCONNU

THE MEDICAL ADVISOR AN UNKNOWN MILITANT

O. SERFATI

Mots-clés : Médecin de recours, médecin de blessé, médecin-conseil d'assurance, médecin expert, expert judiciaire, dommage corporel, évaluation médico-légale, preuve, principe du contradictoire, traumatisé crânio-cérébral, handicap invisible®.

Keywords: *Medical advisor, doctor for the injured party, insurance company medical advisor, medical evaluator, judicial expert, bodily harm, medico-legal assessment, proof, adversarial principle, craniocerebral trauma, invisible handicap®.*

PP 203-221 [PP 71-90]

SPÉCIFICITÉ DE L'INDEMNISATION DE L'AIDE HUMAINE CHEZ LE BLESSÉ AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRÂNIO- CÉRÉBRAL

SPECIFICITY OF ASSESSMENT AND COMPENSATION OF HUMAN ASSISTANCE IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

M.-E. AFONSO

Mots-clés : Traumatisme crânio-cérébral, séquelles cognitives, séquelles neurocomportementales, évaluation médico-légale, indemnisation, aide humaine, tierce personne, autonomie, dépendance.

Keywords: *Traumatic brain injury, cognitive sequelae, neurobehavioural sequelae, forensic assessment, compensation, human assistant, third party, autonomy, dependence.*

PP 223-231 [PP 91-100]

L'ERGOTHÉRAPIE : L'APPORT D'UNE DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE DANS L'ÉVALUATION DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS

OCCUPATIONAL THERAPY: CONTRIBUTION OF A SPECIFIC DYNAMIC IN THE ASSESSMENT OF PEOPLE WITH BRAIN INJURY

C. LEROUX

Mots-clés : Ergothérapie, traumatisme crânien, handicap invisible, mise en situation écologique.

Keywords: *Occupational therapy, brain injury, invisible disability, ecological assessment.*

PP 233-240 [PP 101-108]

ARTICULATION ENTRE L'INDEMNISATION DE DROIT COMMUN DES PERSONNES HANDICAPÉES ET LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP VERSÉE PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE

LINKAGE BETWEEN COMPENSATION FOR COMMON LAW DISABILITY AND THE PROVISION OF DISABILITY COMPENSATION PAID BY THE NATIONAL SOLIDARITY

M.-E. AFONSO

Mots-clés : Réparation du dommage corporel, dommages et intérêts, prestation compensatoire du handicap, solidarité nationale, fonds de garantie, assureurs, aide humaine.

Keywords: *Damages for personal injury, damages, compensatory allowance of disability, national solidarity, guarantee fund, insurers, human assistance.*

SÉRIE / SERIES "A" — N° 4**PP 241-242 [PP 1-2]**

ÉDITORIAL

FOREWORD

B. BRINKMANN, B. LUDÉS, D. MALICIER

PP 245-248 [PP 5-8]

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

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

Keywords: *External examination, natural death, homicide.*

PP 249-253 [PP 9-14]

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

FATAL ETHYLENE GLYCOL INTOXICATION: A CASE REPORT

T. GUINET, D. MALICIER, G. MAUJEAN

Mots-clés : Éthylène glycol, intoxication, anatomo-pathologie, suicide.

Keywords: *Ethylene glycol, intoxication, anatomopathology, suicide.*

PP 255-259 [PP 15-19]

NOUVELLE-CALÉDONIE : UN DROIT MÉDICAL EN CONSTRUCTION

NEW CALEDONIA: BUILDING MEDICAL LAW

G. DECROIX

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

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

PP 261-278 [PP 21-38]

DÉLINQUANCE SEXUELLE : CONCEPTS ET PRISES EN CHARGE

SEXUAL OFFENSES: CONCEPTS AND TREATMENTS

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

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

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

PP 279-282 [PP 39-42]

EXORCISME MORTEL : À PROPOS D'UNE OBSERVATION AUTOPSIQUE

FATAL EXORCISM: ABOUT AN OBSERVATION AT AUTOPSY

M. JEDIDI, T. MASMOUDI, M. BOUGHATTAS, M. BEN DHIAB, MK. SOUGUIR

Mots-clés : Exorcisme, violence, mort.

Keywords: *Exorcism, Violence, Death.*

PP 283-290 [PP 43-50]

IDENTIFICATION DENTAIRE DES VICTIMES CARBONISÉES

DENTAL IDENTIFICATION OF CARBONISED VICTIMS

C. GEORGET, A. CONIGLIARO, Y. SCHULIAR

Mots-clés : Carbonisation, Dent, Identification.

Keywords: *Carbonization, Tooth, Identification.*

PP 291-298 [PP 51-58]

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

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

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

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

PP 299-301 [PP 59-61]

L'ÉVOLUTION DE LA RÉPARATION DES DOMMAGES CORPORELS

THE EVOLUTION OF COMPENSATION FOR PHYSICAL INJURY

Jacques VITAL DURAND

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

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

PP 302 [PP 62]

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

J.-M. GAULIER

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

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

PP 303-305 [PP 63-65]

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

EVOLUTION OF MEDICAL LIABILITY FOR ETHICAL MISCONDUCT IN FRANCE

Olivier GOUT

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

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

PP 306-308 [PP 66-68]

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

THE NECESSARY ROLE OF THE LAWYER IN OPERATIONS OF EXPERTISE

M. LOISEL

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

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

PP 309-311 [PP 69-71]

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

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

Keywords: *Gunshot, Homicide, Geneva, Switzerland.*

PP 312 [PP 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

Mots-clés : Amiante, FIVA.

Keywords: Asbestos, FIVA.

PP 313-314 [PP 73-74]

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 CONVERSE

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

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

PP 315-319 [PP 75-79]

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

SÉRIE / SERIES "E" — N° 5

PP 323-325 [PP 3-5]

QUAND L'ABSOLUTISME DES PRINCIPES NIE LA JUSTICE : À PROPOS DU DÉBAT JURIDIQUE SUR LE STATUT DES ENFANTS NÉS D'UNE CONVENTION DE GESTATION POUR AUTRUI

WHEN LEGAL ABSOLUTISM DENIES JUSTICE: THE LEGAL DEBATE ON THE STATUS OF CHILDREN BORN THROUGH SURROGATE ARRANGEMENT

Christian BYK

Mots-clés : Gestation pour autrui, statut des enfants, droit français, droit étranger, justice.

Keywords: *Surrogate arrangement, children's rights, French law, Foreign law, Justice.*

PP 327-330 [PP 7-10]

« IVG III », LA CONVENANCE PLUTÔT QUE LA DÉTRESSE. À PROPOS DE LA DÉCISION DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL, N° 2014-700 DC DU 31 JUILLET 2014, LOI POUR L'ÉGALITÉ RÉELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

"IVG III", CONVENIENCE RATHER THAN DISTRESS. THE DECISION OF THE FRENCH CONSEIL CONSTITUTIONNEL, N°2014-700 DC OF 31 JULY 2014, A LAW FOR REAL EQUALITY BETWEEN WOMEN AND MEN

Xavier BIOY

Mots-clés : Interruption de grossesse, contrôle de constitutionnalité, liberté personnelle, dignité de la personne, embryon.

Keywords: *Termination of pregnancy, control of constitutionality, personal freedom, dignity of the person, the embryo.*

PP 331-340 [PP 11-20]

CDEH ARRÊT DU 7 JANVIER 2014

AFFAIRE CUSAN ET FAZZO C. ITALIE

JUDGEMENT OF 7 JANUARY 2014 IN THE CASE CUSAN AND FAZZO VS ITALY

PP 341-344 [PP 21-24]

LA TRANSMISSION DU PATRONYME S'OPÈRE SUR LA BASE D'UNE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LE SEXE DES PARENTS, CEDH, CUSAN ET FAZZO C. ITALIE, 7 JANVIER 2014

THE TRANSMISSION OF A SURNAME IS BASED ON A DISCRIMINATION ON THE GROUND OF THE PARENTS' SEX, CEDH (EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS), CUSAN AND FAZZO VS ITALY, 7 JANUARY 2014

Maryline BRUGGEMAN

Mots-clés : Nom de famille, inégalité de traitement, vie privée et familiale, patronyme, égalité homme-femme.

Keywords: *Surname, discrimination, right to respect for private and family law, father's surname, equality between women and men.*

PP 345-352 [PP 25-32]

COMMENTAIRE DE L'AVIS DE LA COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME SUR LA PROPOSITION DE LOI RENFORÇANT LA LUTTE CONTRE LE SYSTÈME PROSTITUTIONNEL

COMMENTS ON THE NOTIFICATION MADE BY THE NATIONAL COMMISSION ON HUMAN RIGHTS ABOUT THE PROPOSAL FOR AN ACT ON STRENGTHENING THE FIGHT AGAINST PROSTITUTION, DATED DECEMBER 4TH 2013 -- NOTIFICATION FROM MAY 22ND 2014

Fabienne GHELFI

Mots-clés : Commission nationale consultative des droits de l'homme, prostitution, santé, achat d'un service sexuel, racolage.

Keywords: *National advisory commission on Human Rights, prostitution, health, paying for sexual services, soliciting.*

PP 353-357 [PP 33-37]

LE CONSEIL D'ÉTAT SE RÉSIGNE (ENFIN ?) À APPLIQUER LA NOMENCLATURE DINTILHAC

THE FRENCH COUNCIL OF STATE FINALLY AGREES TO ENFORCE THE "DINTILHAC" LIST OF DAMAGES

Jean-Paul MARKUS

Mots-clés : Préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux, Nomenclature *Dintilhac*, Nomenclature *Lagier*.

Keywords: *Patrimonial and moral damages, Dintilhac list, Lagier list.*

PP 358-363 [PP 38-43]

LE MONOPOLE DE L'EFS NE S'ÉTEND PAS AU PLASMA DONT LA PRODUCTION INCLUT UN PROCÉDÉ INDUSTRIEL

THE MONOPOLY OF THE FRENCH BLOOD AGENCY DOES NOT COVER PLASMA WHICH IS PRODUCED USING AN INDUSTRIAL METHOD

Christian BYK

Mots-clés : Plasma, produits sanguins, EFS, monopole, méthode industrielle.

Keywords: *Plasma, blood products, EFS, monopoly, industrial method.*

PP 364-367 [PP 44-47]

SOINS AUX HANDICAPÉS

HEALTHCARE TO HANDICAPPED PERSONS

Jean-Paul MARKUS

Mots-clés : Droits des internés pour handicap mental, droit aux soins, droit à la vie (atteinte), recevabilité d'une ONG (oui).

Keywords: *Rights of interned people for mental disability, right to medical care, right to life (infringement), admissibility of an NGO (Yes).*

PP 368-373 [PP 48-53]

SHOULD FAMILY PHYSICIANS COUNCIL PATIENTS ON GENETIC TESTING AND SCREENING?

LES MÉDECINS DE FAMILLE DOIVENT-ILS CONSEILLER LEURS PATIENTS SUR LES TESTS GÉNÉTIQUES ET LE DÉPISTAGE ?

Pierre MALLIA

Mots-clés : Family physicians, genetic testing and screening, counselling.

Keywords: *Médecins de famille, patients, tests et dépistage génétique, conseil.*

PP 374 [PP 54]

COUR DE CASSATION, AVIS N° 15010 DU 22 SEPTEMBRE 2014 (DEMANDE N° 1470007) ECLI:FR:CCASS:2014: AV015010

COUR DE CASSATION: ADVICE N° 15010 OF 22 SEPTEMBER 2104 (REQUEST N° 1470007) - ECLI:FR:CCASS:2014: AV15010

PP 375-377 [PP 55-57]

LES AVIS DE LA COUR DE CASSATION RELATIFS À L'ADOPTION PAR L'ÉPOUSE DE LA MÈRE D'UN ENFANT CONÇU À L'ÉTRANGER PAR INSÉMINATION ARTIFICIELLE

ADVICE OF COUR DE CASSATION RELATIVE TO ADOPTION BY THE WIFE OF THE MOTHER OF A CHILD CONCEIVED ABROAD BY ARTIFICIAL INSEMINATION

Valérie DEPADT

Mots-clés : Assistance médicale à la procréation, don de gamètes à l'étranger, adoption, intérêt de l'enfant.

Keywords: *Medically assisted procreation, gamete donation abroad, adoption, child's interests.*

PP 378-383 [PP 58-63]

LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE RELATIVE AUX ESSAIS CLINIQUES DE MÉDICAMENTS À USAGE HUMAIN

THE NEW EUROPEAN REGULATION ON CLINICAL TRIALS ON MEDICINAL PRODUCTS FOR HUMAN USE

Sophie MONNIER

Mots-clés : Essai clinique, procédure d'autorisation, protocole, comité d'éthique, protection des participants, consentement éclairé, données à caractère personnel, inspections et contrôle.

Keywords: *Clinical trial, authorisation procedure, protocol, ethics committee, protection of subjects, informed consent, personal data, inspections and controls.*

PP 384-389 [PP 64-69]

LA LÉGISLATION QUÉBÉCOISE SUR LE DROIT À LA MORT MÉDICALEMENT ASSISTÉE

QUEBEC LEGISLATION ON END OF LIFE PROCEDURES

Jean-Louis BAUDOUIN

Mots-clés : Euthanasie, fin de vie, sédation palliative, loi québécoise.

Keywords: *Euthanasia, end of life, palliative sedation, Quebec legislation.*

PP 390-391 [PP 70-71]

FIN DE VIE ET TROMPERIE POST-MORTEM AU JUGEMENT

ENF OF LIFE AND POST MORTEM SCAM JUDGEMENT

Christian BYK

Mots-clés : Fin de vie, CEDH, mort du requérant, tromperie au jugement, absence de validité juridique.

Keywords: *End of life, ECHR, death of the claimant, scam judgement, no legal validity.*

PP 392-395 [PP 72-75]

RETOUR SUR LE SORT RÉSERVÉ AU CORPS DES ENFANTS MORT-NÉS...

BACK TO THE TREATMENT DEDICATED O THE BODY OF STILLBORN CHILDREN

Maryline BRUGGEMAN

Mots-clés : Déchets hospitaliers, corps, enfant mort-né, vie privée et familiale.

Keywords: *Clinical waste, human body, stillborn child, right of privacy and family life.*

PP 396-399 [PP 76-79]

FLOURENS (MARIE-JEAN-PIERRE), 13 AVRIL 1794 - 16 DÉCEMBRE 1867

FLOURENS (MARIE-JEAN-PIERRE), 13 APRIL 1794 - 16 DECEMBER 1867

Vincent-Pierre COMITI

Mots-clés : Physiologiste français, expérimentations par les poisons, neurologue du XIX^e siècle, étude du système nerveux.

Keywords: *French physiologist, experimentations by poisons, neurologist of the XIXth century, study of the nervous system.*

PP 400-405 [PP 80-85]

LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PANAMA ET LA BIOÉTHIQUE

MEDICINE STUDENTS OF THE UNIVERSITY OF PANAMA AND BIOETHICS

Claude VERGÈS

Mots-clés : Bioéthique, enseignement universitaire, médecine.

Keywords: *Bioethics, teaching in university, medicine.*

PP 406-407 [PP 86-87]

DÉCLARATION DE LA SESSION CONJOINTE DU COMITÉ INTERNATIONAL DE BIOÉTHIQUE (CIB) ET DU COMITÉ INTERGOUVERNEMENTAL DE BIOÉTHIQUE (CIGB) RELATIVE À L'ÉPIDÉMIE DU VIRUS EBOLA (10 SEPTEMBRE 2014)

STATEMENT OF THE JOINT SESSION OF THE INTERNATIONAL BIOETHICS COMMITTEE OF UNESCO (IBC) AND THE INTERGOVERNMENTAL BIOETHICS COMMITTEE (IGBC) ON THE EBOLA VIRUS EPIDEMIC (10 SEPTEMBER 2014)

UNESCO

SÉRIE / SERIES "E" — N° 6

PP 410 [PP 2]

EDITORIAL

FOREWORD

Michel BOTBOL

PP 411 [PP 3]

LE COLLÈGE INTERNATIONAL DROIT ET SANTÉ MENTALE

LAW & MENTAL HEALTH INTERNATIONAL COLLEGE

Marie-Rose RICHARDSON

PP 413-422 [PP 5-14]

LA DÉLINQUANCE DES MINEURS EN FRANCE : CONTOURS ET PROBLÉMATIQUES

JUVENILE DELINQUENCY IN FRANCE: PATTERNS AND PROBLEMS

Luc-Henry CHOQUET

Mots-clés : Délinquance, réitération, mineurs, protection judiciaire, éducation.

Keywords: *Delinquency, reiteration, minors, legal youth protection, education.*

PP 423-432 [PP 15-24]

COMPENDIUM DES NORMES INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES DANS LE DOMAINE DE LA JUSTICE DES MINEURS

COMPENDIUM OF EUROPEAN AND INTERNATIONAL NORMS RELATED TO JUVENILE DELINQUENCY

Christian BYK

Mots-clés : Justice des mineurs, normes internationales, Nations-Unies, Conseil de l'Europe, Union européenne.

Keywords: *Juvenile delinquency, international norms, United Nations, Council of Europe, European Union.*

PP 433-440 [PP 25-32]

MAIS À QUOI SERT DONC L'AVOCAT D'ENFANTS ?

BUT WHAT IS THE USE OF A CHILDREN'S LAWYER?

Dominique ATTIAS

Mots-clés : Charte de bonnes pratiques, avocat d'enfants, Convention internationale des droits de l'enfant, formation, effectivité des droits.

Keywords: *Charter of good practice, International Convention on the rights of the child, training, effectiveness of rights.*

PP 441-445 [PP 33-37]

LES VIOLENCES URBAINES EN EUROPE : QUELS ENJEUX POUR LA JUSTICE DES MINEURS EN FRANCE

URBAN VIOLENCE IN EUROPE: THE STAKES OF THE JUSTICE FOR MINORS IN FRANCE

Hervé HAMON

Mots-clés : Violences urbaines, mineurs délinquants, politique pénale en France, absence d'analyse politique.

Keywords: *Urban violence, delinquent minors, French penal policy, lack of political analysis.*

PP 447-456 [PP 39-48]

LES « ÉMEUTES DE MONTRÉAL-NORD » : ANALYSE DES DISCOURS DANS LA PRESSE ÉCRITE FRANCO-PHONE

"MONTREAL'S NORTH RIOTS": AN ANALYSIS OF FRENCH WRITTEN PRESS DISCOURSES

André-Yanne PARENT

Mots-clés : Émeutes, médias, violence urbaine, Montréal-Nord, violence socio-politique.**Keywords:** Riots, medias, urban violence, North Montreal, Sociopolitical violence.**PP 457-462 [PP 49-54]****LE CYBER-HARCÈLEMENT À L'ÉCOLE : UNE NOUVELLE VIOLENCE EN ÉVOLUTION****SCHOOL CYBER-BULLYING: A NEW VIOLENCE RAPIDLY DEVELOPING**

Gwendoline VERHAEGHE

Mots-clés : Harcèlement, cyber-harcèlement, évolution des nouvelles technologies, prévention du cyber-harcèlement scolaire.**Keywords:** Harassment, cyber-bullying, cyber-bullying on social networks, stopbullying.**PP 463-468 [PP 55-60]****ENTRE JUSTICE ET PSYCHIATRIE : UN ABORD DIFFÉRENTIEL DES VIOLENCES À L'ADOLESCENCE****BETWEEN JUSTICE AND PSYCHIATRY: A DIFFERENTIAL PSYCHOPATHOLOGICAL APPROACH OF JUVENILE VIOLENCE**

Michel BOTBOL

Mots-clés : Adolescents difficiles, violence-provocation, violence-destruction, prise en charge en réseau, articulation santé-justice des mineurs.**Keywords:** Difficult adolescents, provocative violence, destructive violence, network programs, health-justice articulation.**PP 469-481 [PP 61-73]****AUX PRISES AVEC LA VIOLENCE SEXUELLE DES MINEURS : RECONNAÎTRE ET ENTENDRE UNE FORTE ET PARADOXALE DEMANDE DE JUSTICE****DEALING WITH SEXUAL VIOLENCE IN MINORS, RECOGNISING AND HEARING A STRONG AND PARADOXICAL DEMAND FOR JUSTICE**

Christian BOURG

Mots-clés : Empowerment, justice relationnelle, contrainte de sens, construction de soi, thérapie familiale, partenariat, engagement.**Keywords:** Empowerment, relational justice, constraint of meaning, construction of self, family therapy, partnership, engagement.**PP 482-497 [PP 74-89]****DU RAT « SCHIZOPHRÈNE » À L'ENFANT HOSTILE : LE DÉVELOPPEMENT DE LA RISPERIDONE ET SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'AGRESSION JUVÉNILE****FROM THE "SCHIZOPHRENIC RAT" TO THE HOSTILE CHILD: THE DEVELOPMENT OF RISPERIDONE AND ITS USE IN THE TREATMENT OF YOUTH AGGRESSION**

François FENCHEL

Mots-clés : Jeune, neuroleptique, agressivité, pharmacothérapie, rispéridone.**Keywords:** Youth, antipsychotic, aggression, pharmacotherapy, risperidone.

* * *

*La pagination entre crochet correspondant à la pagination au numéro / Pagination in brackets corresponding to the pagination number.**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.

© 2015 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0417 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-2463-5 — eISBN 978-2-7472-2473-4

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 ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris.**

MANUSCRIPT

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 ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, France.**