



SÉRIE F / SERIES F

MÉDECINE LÉGALE DU VIVANT



CLINICAL FORENSIC MEDICINE

ACTUALITÉS
NEWS

ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

231*RADICALISATION, TERRORISME
ET PSYCHIATRIERADICALIZATION, TERRORISM
AND PSYCHIATRY

Michel BÉNÉZECH, Thierry TOUTIN

239DÉRIVES SECTAIRES ET DÉRIVES
SÉVÈRES

SECTARIAN EXCESSES AND SEVERE EXCESSES

Thierry TOUTIN

247VICTIMES DE HARCÈLEMENT
VUES EN UNITÉ MÉDICO-
JUDICIAIRE. RÉPONSES MÉDICO-
PSYCHOLOGIQUES AUX NOUVELLES
DISPOSITIONS PÉNALESVICTIMS OF HARASSMENT SEEN
IN A FORENSIC MEDICINE UNIT. MEDICAL-
PSYCHOLOGICAL ANSWERS TO NEW PENAL
LEGAL MEASURES

G. DIE, I. HANAFY, B. MARC

259QUELLES SONT
LES COMPOSANTES CLINIQUES
DU TRANSSEXUALISME ?
À PROPOS DE 212 CAS
DE DEMANDEURS
DE RÉASSIGNATION SEXUELLEWHICH ARE THE CLINICAL COMPONENTS
OF TRANSSEXUALISM ? ABOUT 212 CASES
OF APPLICANTS FOR SEX REASSIGNMENTN. PLANCHE, P. GALIANA Y ABAL PhD,
M. DE JOUVEL

Septembre 2015

N° 1 de la série « F » Médecine légale du vivant •

Vol. 1

N° 4 du Journal de médecine légale • Vol. 58

271LE RISQUE MÉDICO-
LÉGAL LIÉ AU RETARD
DE DIAGNOSTIC
DU CANCER DU SEIN.
RESPONSABILITÉ
DU RADIOLOGUEMEDICO-LEGAL RISK CONNECTED
WITH DELAYED DIAGNOSIS
OF BREAST CANCER.

RADIOLOGIST'S RESPONSIBILITY

P. TOUBIANA

281MORT SUBITE PAR EMBOLIE
PULMONAIRE CHEZ LA FEMME
ENCEINTE : ÉTUDE DE DEUX
CASSUDDEN DEATH BY PULMONARY EMBOLISM
IN PREGNANCY WOMAN: STUDY OF
TWO CASESM. ZRIBI, A. FRANCHI, D. MALICIER,
T. GUINET, P. VACHER, G. MAUJEAN**287**SÉQUELLES SURPRENANTES
À LA JAMBE APRÈS
UNE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE
DAMAGES LEG AFTER PLASTIC SURGERY
D. SI HADJ, O. BOUZENADA,
M.S. LAIDL**290**RECOMMANDATIONS
AUX AUTEURS
INSTRUCTIONS TO AUTHORS**2^e de couverture**BULLETIN D'ABONNEMENT
SUBSCRIPTION FORMSOMMAIRE
CONTENTS

* N° 3, 2015, Vol. 58, série B : Conflits, Catastrophes et Situations Humanitaires / Series B: Conflicts, Disasters, Humanitarian Situations : pp. 169-228



LES MÉDICAMENTS DES CANCERS

Une approche pratique
des médicaments à notre disposition

Jean TRÉDANIEL



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.

ÉDITIONS ESKA

LES MEDICAMENTS 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 côtoiemment 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

BON DE COMMANDE

Je désire recevoir exemplaire(s) de l'ouvrage : « **LES MEDICAMENTS 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 BNPAFRPPPCE

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



RADICALISATION, TERRORISME ET PSYCHIATRIE

RADICALIZATION, TERRORISM AND PSYCHIATRY

ACTUALITÉS
NEWS

Michel BÉNÉZECH^a, Thierry TOUTIN^b

Les auteurs du texte ci-dessous devaient initialement écrire un éditorial, placé en tête de ce numéro du *Journal de Médecine Légale du Vivant*, et consacré au phénomène du terrorisme international contemporain et de ses conséquences dans notre pays. Pris par l'importance et la gravité du sujet, ils ont très largement dépassé la longueur habituelle de ce genre de texte et l'éditorial s'est transformé en un long article sur le fanatisme criminel avec ses définitions, ses causes, ses acteurs, ses relations possibles avec la psychologie des foules et la pathologie mentale. Pour autant, les auteurs sont loin d'avoir épuisé le sujet. Ils savent que la lutte contre le terrorisme nécessite encore bien des recherches diverses : nature du processus de radicalisation par Internet ou par contact direct avec des intégristes (prisons, lieux de culte), état psychologique des combattants fanatiques revenus en France après un séjour volontaire à l'étranger, méthodes de dépistage et de prise en charge des sujets en risque de radicalisation terroriste, etc. Nous ne sommes qu'au début d'une longue collaboration associant techniques policières et pratiques médico-légales des « psy ».

MB, TT

« Le fanatique est l'homme du sacré, mais pas n'importe quel homme, ni n'importe quel sacré. Il est celui qui se voue corps et âme à sa cause, jusqu'à l'excès, jusqu'à la plus folle passion. »
Bernard Chouvier (Les fanatiques) [6]

^a Conseiller scientifique de la Gendarmerie Nationale, 266, rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France

^b Chercheur-associé au laboratoire Psitec, Université de Lille 3, France



RÉSUMÉ

La détection, la prévention de la radicalisation violente et la lutte contre ce phénomène social rendent indispensable l'approfondissement de la connaissance de ses acteurs afin d'y apporter les réponses les plus pertinentes. Il faut constater que la recherche universitaire sur ce problème doit être davantage développée et envisagée dans son évolution et ses divers aspects. Le champ de la criminologie clinique et de la psychiatrie légale est particulièrement concerné du fait du nombre inquiétant de candidats au djihad souffrant de difficultés psychologiques ou de troubles mentaux.

MOTS-CLÉS

Djihadisme, Personnalité paranoïaque, Radicalisation, Salafisme, Terrorisme, Psychologie des foules.

SUMMARY

The detection, prevention of violent radicalization and the fight against this social phenomenon make it essential deepening the knowledge of its players in order to provide the most relevant answers. It must be said that academic research on this issue should be further developed and considered in its evolution and its various aspects. The field of clinical criminology and forensic psychiatry is particularly concerned because of the alarming number of candidates for jihad with psychological problems or mental disorders.

KEYWORDS

Crowd psychology, Jihadism, Paranoid personality disorder, Radicalization, Salafism, Terrorism.





1. INTRODUCTION

Comme les autres pays européens, la France est aujourd’hui confrontée à une menace grave, liée au basculement de plusieurs centaines de personnes dans l’engagement radical violent, le plus souvent en lien avec les filières terroristes syriennes. Pour répondre à ce phénomène, le gouvernement a arrêté un plan de lutte contre la radicalisation violente et les filières terroristes présenté par le ministre de l’Intérieur en conseil des ministres le 23 avril 2014. Ce plan de 23 mesures vise à démanteler ces filières, à empêcher les déplacements générateurs de menaces, à coopérer plus efficacement au plan international. Il contient aussi un volet préventif et un volet sur l’accompagnement des familles des individus signalés.

La radicalisation relève d’un processus qui se construit par étapes pouvant conduire au fanatisme, voire au terrorisme. Ce phénomène s’explique par des facteurs multiples et touche bien souvent des jeunes vulnérables, en perte de repères, en rupture, en situation d’isolement et donc des proies à l’endoctrinement. L’action préventive a vocation à se situer en amont afin d’éviter le basculement dans une phase de recrutement et de passage à des actes terroristes. C’est pourquoi, la question du repérage des situations est primordiale. À cet effet, un Centre national d’assistance et de prévention de la radicalisation a été mis en place et dispose d’une plateforme téléphonique dont le numéro vert est 08 00 00 56 96. La circulaire du ministère de l’Intérieur du 29 avril 2014 insiste sur le rôle majeur des préfets dans le dispositif de prévention, compte tenu du caractère interministériel et partenarial des approches à privilégier. La nécessité d’identifier et de prévenir d’éventuels comportements à risque, de personnes susceptibles d’être endoctrinées, passe également par la connaissance approfondie des divers profils criminologiques et pathologiques les plus exposés.

2. RADICALISATION, SALAFISME, ISLAMISME, DJIHADISME

Pour appréhender précisément cette nouvelle forme de menace, il est nécessaire de clarifier le champ que recouvrent les diverses terminologies employées pour désigner ce phénomène :

– La radicalisation : Ce terme de plus en plus utilisé dans l'espace médiatico-judicairo-administratif peut renvoyer à un ensemble de comportements ou de propos qualifiés d'extrêmes ou d'intransigeants et qui découlent d'une interprétation littérale des principes d'un système, qu'il soit de nature religieuse, politique ou économique. C'est en quelque sorte la première étape d'un engrenage irréversible

qui peut conduire à des passages à l'acte criminels. Dans le cas présent nous nous intéresserons à la radicalisation religieuse inspirée de l'islam, dont elle a dévoyé les fondements.

- Le salafisme : Le terme salafisme provient du mot *salaf* qui désigne les ancêtres (dans le sens de poursuivre dans la voie traditionaliste des ancêtres). Plus généralement, le salafisme désigne un mouvement d'origine sunnite prônant un retour à l'islam des origines, fondé essentiellement sur le Coran et la Sunna. Actuellement c'est une dénomination qui englobe toutes sortes de mouvements fondamentalistes constitués de deux principales mouvances : l'une quiétiste (majoritaire, centrée sur la prédication rigoriste), l'autre djihadiste (minoritaire, courant révolutionnaire pour la lutte armée). Ces tendances militent en faveur d'un retour à l'islam des origines.
- L'islamisme : Mouvement regroupant les courants les plus radicaux de l'islam qui veulent faire de celui-ci non plus essentiellement une religion mais une véritable idéologie politique par l'application rigoureuse de la charia et la création d'États islamiques inflexibles. L'islamisme est à concevoir comme le degré supérieur de la radicalisation salafiste.
- Le djihadisme : Le djihad, qui signifie en arabe « effort » ou « lutte », est un devoir religieux pour tout musulman. Cette lutte est entendue dans un sens spirituel de l'effort sur soi vers le chemin de Dieu. Avec le temps, le terme djihad a subi plusieurs interprétations successives (Averroès, *Muqaddimah*) : le djihad par le cœur (lutte contre le moi intérieur), le djihad par la langue (enseigner la religion des écritures par les écritures à ceux qui ne la connaissent pas), le djihad par la main (par la *zakat* ou l'aumône) et le djihad par l'épée (convaincre toute personne et si nécessaire par la force). C'est cette dernière interprétation radicale du djihad par l'épée qui sert d'argument à différents groupes fanatisés pour promouvoir des actions contre les « infidèles » ou d'autres groupes considérés comme étant modérés, apostats ou impies.

La difficulté pour les autorités réside entre autres dans l'évaluation du degré de dangerosité d'un individu radicalisé dont on ne sait s'il évoluera ou pas vers un djihadisme criminel.

3. PROFILS CONCERNÉS

À part quelques articles de presse, peu de travaux de recherches sur la psychologie des candidats au djihad (intégristes islamiques) ont été réalisés à ce jour dans notre pays. En langue anglaise, ou pourra consulter diverses références récentes [7, 11, 15, 20]. La plupart des professionnels concernés évoquent des profils pro-

MICHEL BÉNÉZECH, THIERRY TOUTIN



téiformes de délinquants (ou anciens délinquants), de mineurs en difficulté, de convertis, d'étudiants de tous domaines, de malades mentaux. Pourtant, certains aspects psychologiques et comportementaux sont évoqués de manière récurrente par les auteurs, même s'il n'existe aucune statistique fiable en la matière.

3.1. Classification de Hacker

Pour mémoire, rappelons que le psychiatre américain Hacker reconnaissait dès 1976 trois catégories de terroristes : les idéalistes ou « croisés », les criminels, les anormaux et malades mentaux [11]. Cette classification simple mais concrète nous paraît toujours d'actualité, la première catégorie étant vraisemblablement la plus fréquente.

3.2. Classification du CPDSI

D. Bouzar, anthropologue, responsable du Centre de prévention contre les dérives sectaires islamiques (CPDSI) et C. Caupenne, ancien négociateur au RAID, décrivent cinq catégories de profils [4] :

- « Call of duty » : ou celui qui recherche le combat entre hommes. Le call of duty (l'appel du devoir) est le profil type de l'aventurier. Pour le CPDSI, il s'agit d'un jeune qui a cherché à entrer dans l'armée ou dans la police et qui a été refusé. Pour compenser la frustration du rejet de l'institution et avoir sa dose d'adrénaline et de violence, il choisira sa propre guerre, à la recherche du contact avec les armes et du combat. On peut rapprocher de ce profil celui dépeint par M. Trévidic de la « bête de guerre » [21] : « Dans nos dossiers terroristes, nous en vîmes beaucoup frapper à la porte de nos armées avant d'aller voir du côté d'Al Qaïda. Ces jeunes aspiraient avant tout à être embriagés. Si ce n'est pas par un camp, ce devait être par l'autre. Nos apprentis terroristes islamiques partagent avec tous les terroristes du monde cette passion pour les armes et la bagarre » [22].
- « Zeus » : ou celui qui recherche la toute-puissance et le pouvoir. Le CPDSI constate qu'il s'agit d'individus « no limit », à la recherche de conduites à risques. Leur maxime principale serait la suivante : « Ça passe ou ça casse ». Si « ça passe » c'est qu'ils sont immortels et dominants, élevés au niveau de Dieu.
- « Lancelot » : ou celui qui cherche l'idéal chevaleresque. Dans ce type d'identification, l'individu fanatique ressentirait un fort besoin d'offrir le sacrifice de sa vie pour l'Histoire, la postérité et le triomphe de la Vérité. Son état d'esprit de missionnaire, obsédé par la théorie du complot contre sa vérité, correspond à : « Je vais vous sauver malgré vous, vous ne comprenez pas mais en fait, je veux votre bien... »

– Le « porteur d'eau » : ou celui qui cherche un groupe d'appartenance. Cette catégorie concerne-rait les individus en quête d'identité, qui ont besoin d'appartenir à un groupe, même s'il n'ont qu'un rôle d'exécutant de second plan. Lors du retour en France, certains individus ont évoqué des tâches ménagères, la surveillance de prisonniers, voire un rôle de fossoyeur pendant plusieurs semaines.

– « Sœur Thérèsa » : ou celui (celle) qui part pour la cause humanitaire. Il s'agit le plus souvent de jeunes femmes européennes croyant partir en Syrie pour le « bien » des autres. Le nombre de ces femmes qui répondent à l'appel du djihad est surprenant, en particulier parmi les mineures. Internet jouera un rôle important dans le recrutement des personnes de sexe féminin. Mais au lieu d'agir pour l'humanitaire, la toile, via les réseaux sociaux, se transforme en agence matrimoniale et permet à des individus masculins de se marier rapidement avec de jeunes occidentales qu'ils ne connaissent quasiment pas. Pour les salafistes, ces mariages rapides sont réalisés en conformité avec la vie de Mahomet et permettent ainsi de finir en *shahid* (martyr) comme le Prophète. En Tchétchénie et en Irak, les pertes importantes de terroristes combattants ont été compensées par le recrutement de femmes, alors uniquement pour des missions kamikazes. Telle était la situation de ces femmes volontaires de la mort lors de l'attentat suicide du théâtre de Moscou.

On remarquera que cette classification n'inclut pas clairement le loup solitaire (*lone wolf*), ni les malades psychotiques, signalés comme potentiellement dangereux par la communauté du Renseignement français.

3.3. Corrélations psychiatriques

Certains professionnels de sécurité s'interrogent sur la qualification de « terroriste ». « Parfois, on se retrouve face à un terrorisme que je qualifierais presque de pulsionnel », estime le juge d'instruction M. Trévidic [22]. Un spécialiste de l'islamisme radical au ministère de l'Intérieur va plus loin : « On a de plus en plus affaire à des individus déséquilibrés. Pour moi, on est à la limite du terrorisme et de la pathologie mentale. » À l'entendre, les services sociaux et médicaux seraient presque mieux « équipés » que les services spéciaux pour détecter les profils des futurs fanatiques terroristes.

Pour D. Bouzar le discours sur l'exclusion n'expliquerait pas suffisamment le processus de radicalisation. Selon elle, il s'agit souvent de jeunes gens « présentant des personnalités "borderline", qui seraient en recherche de limites, d'où leur extrême violence ». La plupart d'entre eux ont versé dans la délinquance avant de se tourner vers le djihad : « C'est la même violence, mais mise au service d'une autre cause. Une cause soi-disant plus pure et donc plus valorisante à leurs yeux » [5]. Pour F. Khosrokhavar, l'attrait du



fondamentalisme musulman s'explique aussi par son corpus de valeurs simplistes : « Pour un jeune sans repères, la vision du monde véhiculée par l'intégrisme musulman a ceci de rassurant qu'il est très binaire : un monde divisé entre le bien et le mal, entre les musulmans et les impies, c'est très rassurant » [12]. On trouvera sur le tableau 1 les rapprochements possibles entre les profils du CPDSI et certains troubles psychiatriques.

3.4. Personnalités fanatique et paranoïaque

S'il n'existe pas de portrait robot du terroriste, la plupart des auteurs s'accordent à leur reconnaître certaines caractéristiques communes de personnalité correspondant à « la constellation propre du sujet *lutteur fanatique* » selon l'expression de F. Alonso-Fernández. Pour cet auteur les principales caractéristiques du combattant intégriste sont les suivantes : absolutisme d'un système d'idées dans les domaines religieux, sociopolitique et/ou nationaliste, surcharge d'affectionalité prenant la forme d'une passion absolue installée au centre de la vie psychique du sujet et qui gouverne sa pensée et ses actes (prosélytisme, bellicisme, criminalité), possession de la Vérité totale, refus de toute contradiction, sentiments négatifs de colère, haine, hostilité, vengeance et autres contre ceux qui s'opposent au développement de ses idées, comportement extrapunitif flagrant, absence de culpabilité ou de remords, distorsion de la réalité, faiblesse du moi manipulé par le self en complicité avec le surmoi et le ça, narcissisme idéologique non pathologique soit primaire (enfance avec privation affective ou violence familiale) soit secondaire (cohabitation avec un groupe de fanatiques) [1].

Traitant de la psychologie du terroriste volontaire de la mort (VM), F. Géré note la fierté du sacrifice, l'absence de délire, la dichotomie de la personnalité avec d'un côté un comportement normal et sensible à la vie et de l'autre un monde intérieur différent au service du devoir sacrificiel, un calme tragique de surface (exaltation et colère contenues) avant l'attentat suicidaire. Tous ces volontaires de la mort sont animés par une conviction inhumaine, un processus d'exaltation intellectuelle qui fait changer d'échelle de valeurs, une chosification (« réification ») de lui-même et de l'adversaire, une transgression du respect de sa propre vie et de la vie d'autrui : « Le VM forme ainsi une entité psychologique compacte à l'intérieur de laquelle tout est soudé, la vie à la mort, hier à demain, l'ami à l'ennemi, le tout au rien, au sein d'un microcosme déflagrant. C'est dans cet état psychologique unique et exceptionnel que s'ouvre à lui la voie de l'action. » [10].

Se penchant à son tour sur la question, A. Squarer étudie en particulier les relations cliniques entre fanatisme et passion amoureuse (exclusivité de l'objet, idéalisation, surestimation, fausseté du jugement, absence de critique et de remords), l'ivresse idéologique et la sensation de triomphe qui en fait « une manie de l'idéal », la jouissance qui le rapproche du pervers, le remodelage « délirant » de la réalité qui peut se socialiser en un « délire de masse » des groupes terroristes, l'importance et l'intensité des liens maternels (fascination par la figure de la mère castrée que le terroriste veut rendre intègre), le défaut de transmission symbolique et la haine du père qui pousse le sujet à la conversion, la perte des limites dans la foule, l'insensibilité du corps qui ne ressent pas la douleur [18].

CPDSI	Pathologies psychiatriques	Motivations, revendications, tempérament
Call of duty	Personnalité psychopathique Personnalité antisociale	Agressivité, utilitarisme, égocentrisme, criminalité, recherche de sensations
Zeus	Personnalité narcissique, antisociale, borderline Personnalité paranoïaque Délire de grandeur	Mégalomanie, toute-puissance, orgueil, dogmatisme, réformisme
Lancelot	Personnalité paranoïaque Délire passionnel	Redresser les torts, récrimination, altruisme morbide, idéalisme passionné
Porteur d'eau	Personnalité dépendante ?	Quête d'identité, sentiments d'infériorité, besoin grégaire et d'être apprécié, réassurance, demande d'aide, éviter la critique
Sœur Thérésa	Idéalisme passionné de la bonté ? Personnalité histrionique ?	Altruisme, amour des autres, dévouement, sympathie, quête d'identité

Tableau 1 : Rapprochements possibles entre les profils du CPDSI et les troubles mentaux



Pour D. Bouzar, les activistes violents utilisent aussi le thème de la persécution et du complot : « Il est intéressant de remarquer que les activistes juifs et chrétiens, même s'ils apparaissent actuellement beaucoup moins nombreux que les musulmans, ont les mêmes modes opératoires : c'est le sentiment de persécution qui justifie à leurs yeux leur passage à l'acte, qu'ils ne qualifient jamais d'acte terroriste, mais de « résistance », « d'opération justice », de « manœuvre défensive », de « stratégie rendant nécessaire l'usage de la force »... ils sont dans une lecture paranoïaque de la réalité » [5].

Les liens entre la personnalité fanatique et la personnalité paranoïaque sont plus particulièrement étudiés par M. Litinetskaia et J.D. Guelfi. Ces auteurs soulignent qu'il n'est pas toujours aisément de distinguer entre les deux (« zone grise ») et que l'on doit évaluer l'individu sans l'assimiler à son acte, aussi « fou » que ce dernier puisse paraître. Ils constatent que la sémiologie fanatique coïncide sur plusieurs points avec celle d'une passion amoureuse exclusive et idolâtrée et que l'« idée fixe » est commune aux personnalités fanatique et paranoïaque. L'idée qui guide un fanatique vient de l'extérieur, du leader, sans interprétation, adoptée « à l'emporte-pièce », en revanche, le délire paranoïaque, qui reste habituellement individuel contrairement aux idées fanatiques, naît à l'intérieur de la sphère psychique du sujet avec pour mécanisme l'interprétation. Ces auteurs remarquent, après d'autres, que les paranoïques sont également nombreux aux sommets des organisations de type sectaire où les membres s'identifient au leader dont la puissance et le prestige compensent les carences du narcissisme individuel [13].

Ainsi, de nombreux points rapprochent le fanatique du paranoïaque passionnel : fonctionnement en secteur du psychisme, moment identique de « révélation » et de « vérité », orgueil et certitude d'avoir raison, exaltation idéologique, sentiment de supériorité, fausseté du jugement, psychorigidité, intransigeance, fidélité aveugle à la cause, obstination, méfiance et sentiment de conspiration, intolérance envers l'opinion d'autrui, prosélytisme, querulence jusqu'au-bouliste, actes antisociaux, absence d'autocritique et de remords.

4. PSYCHOLOGIE DES MASSES

Dans les révoltes collectives, dans les mouvements révolutionnaires ou extrémistes, qu'ils soient politiques ou religieux, les « masses » jouent un rôle important et leur comportement obéit à des règles qui leur sont communes. Parmi les premiers ouvrages portant sur la psychologie de la foule, on peut citer ceux de H. Fournial [9] et de S. Sighéle [17] publiés en 1892, ainsi que celui de G. Tarde en 1910 [19]. Mais

c'est surtout le travail du docteur G. Le Bon, *Psychologie des foules* (1895), qui fit autorité et qui inspira à Freud son célèbre *Psychologie des foules et analyse du moi* (1921) [8]. Enfin, S. Moscovici fit la synthèse des recherches antérieures dans *L'âge des foules. Un traité historique de psychologie des masses*, dont la nouvelle édition entièrement refondue a paru en 1991 [14].

Dans le contexte terroriste actuel, les combattants islamiques du Moyen Orient et de l'Afrique sont constitués en groupes artificiels, masses durables organisées, hiérarchisées et dirigées par des chefs aux personnalités paranoïaques, mégalomaniaques, manipulatrices et haineuses. Ces masses, de tailles extrêmement diverses, sont composées de personnes d'origines variées qui obéissent cependant toutes individuellement aux « lois » de la psychologie des foules : suggestion, fascination, idéalisation, identification, imitation, soumission, dévotion. On observe une fusion de l'individu dans le groupe, dans un esprit et un sentiment collectif (« âme des foules ») qui estompent les différences de personnalité et l'esprit critique quels que soient la classe sociale d'origine, le niveau d'éducation ou de culture. Cette dissolution de la conscience et des caractères individuels au profit d'une pensée commune permet l'« unité mentale » de tous et est le résultat de l'effet de masse, du charisme des meneurs et de la toute-puissance de leurs croyances [14].

Pour Freud, la foule permet la régression psychique des individus dans la masse, diminue la répression des tendances inconscientes, fait disparaître les inhibitions morales, l'instinct et l'affectivité s'exprimant alors plus intensément. Les valeurs archaïques et les traditions remplacent la raison pour déterminer la conduite de chacun. Les individus agissent uniformément sans même se concerter, comme des automates dépourvus de volonté propre, régressant de plusieurs degrés dans l'échelle de la civilisation : «... l'objet s'est mis à la place de l'idéal du moi. » La masse se caractérise par son irritabilité, sa crédulité, son absence d'autocritique, son dogmatisme, son intolérance et sa confiance aveugle dans l'autorité. Elle se moque de la vérité et donne toujours la priorité à l'irréel, aux illusions, sur le réel. Elle est primitive, infantile, folle [8].

5. LA POTENTIALITÉ BARBARE DE L'HOMME

En accord avec l'hypothèse freudienne sur le développement moral et social de l'humanité depuis ses origines, J. Roisin propose trois facteurs de surgissement du fanatisme barbare dans la société : premièrement, l'existence de tensions sociales entre communautés ; deuxièmement, l'exploitation du pouvoir que la fanatisation exerce sur le psychisme, le discours fanatique provoquant une régression imaginaire des idéaux avec





croyance aveugle dans les affirmations fanatiques et soumission de l'individu à la haine meurtrière ; enfin, troisièmement, « la potentialité barbare de l'homme » fondée sur sa fascination pour la destruction anéantisante. Concernant ce dernier point, l'auteur précise que la barbarie est le propre de l'homme, que la jouissance barbare se fonde sur les pulsions qui poussent à l'anéantissement, la « pulsion de mort » de Freud, ces pulsions mortifères étant canalisées et orientées vers les autres dans une mise en acte barbare [16].

6. RESPONSABILITÉ PÉNALE DU TERRORISTE

À partir des quelques informations parcellaires exposées ci-dessus, on voit que les relations entre le fanatisme et la psychiatrie sont complexes et intriquées et que l'état mental du terroriste ou du terroriste potentiel s'échelonne entre la quasi normalité (proche de l'état amoureux) et la pathologie (troubles de la personnalité, paranoïa, psychoses délirantes). Le leader intégriste est cependant considéré comme un idéaliste passionné, sûr de détenir la Vérité, inaccessible à la critique et aux remords et qui veut imposer ses convictions et croyances dogmatiques dans la réalité quelles qu'en soient les conséquences pour autrui. Le loup solitaire présenterait souvent soit une personnalité pathologique, soit une schizophrénie avec délire mystique. Les avis médico-légaux sont partagés entre ceux qui considèrent ce type de terroriste comme un délinquant irresponsable de ses actes et ceux partisans de sa condamnation [7, 20].

P. Belzeaux nous rappelle à juste titre que la psychiatrie « doit absolument se défendre devant deux écueils » : d'une part assimiler automatiquement un attentat terroriste épouvantable à la « folie », d'autre part refuser de voir cette même aliénation mentale sous le prétexte du foisonnement idéologique des groupes extrémistes [2]. On ne saurait en effet confondre la folie d'un crime avec la folie de son auteur, le crime « fou » ne renvoyant pas forcément à un malade mental grave, et le crime prémedité n'excluant pas obligatoirement une pathologie psychiatrique sévère chez celui qui l'a commis [3]. Il en résulte que l'évaluation du degré de responsabilité pénale des terroristes doit se faire au cas par cas, selon des pratiques médico-légales pertinentes, sans se laisser déterminer par la gravité de l'acte criminel ou par l'idéologie fanatique et apocalyptique du groupe auquel le sujet appartient. ■

7. EN CONCLUSION

Ainsi, sommes-nous confrontés à des profils disparates de terroristes agissant en France, à une menace

diffuse, imprévisible, dans le cadre d'un risque terroriste de masse nécessitant peu de moyens et aux motivations les plus hétéroclites. Les autorités ont de ce fait le plus grand mal à déjouer les attentats des terroristes solitaires. « Je ne suis pas sûr toutefois que les terroristes dont on parle ici agissent en solitaires par stratégie », avance F. Khosrokhavar qui ajoute : « Selon moi, ils sont avant tout incapables d'organiser un réseau digne de ce nom et de monter une action d'ampleur. Ils sont beaucoup trop déstructurés pour cela » [12].

Un fait demeure certain : ces actions isolées compliquent la tâche des services en charge de la sécurité intérieure. Souvent coupés physiquement des réseaux terroristes internationaux, en relation privilégiée avec les médias via Internet, ces néo-djihadistes sont forcément moins repérables et, lorsqu'ils le sont, leur profil psychosocial atypique et leur radicalisation rapide ne permettent pas toujours de prendre à temps la mesure de leur dangerosité potentielle. Le Renseignement reste donc un outil essentiel mais il doit s'adapter aux nouvelles situations et intégrer certaines informations sociales, familiales et médicales, classiquement couvertes par le secret professionnel : « Or, en matière de terrorisme ou de crime organisé, on est passé d'une enquête réactive à une enquête proactive : il faut anticiper la commission de l'infraction ou détecter les infractions déjà commises, mais non encore connues » [23].

La prise en charge par la psychiatrie publique des fanatiques malades mentaux graves ne pose pas problème, les professionnels de santé mentale connaissant ces pathologies. L'on sait d'ailleurs depuis longtemps que les thèmes des délires s'inspirent volontiers du contexte social et de l'actualité. Mais que faire pour les fanatiques, en risque de terrorisme, indemnes de troubles psychiatriques sévères ? Comment neutraliser les facteurs de risque (prévention primaire) ? Comment évaluer correctement ces sujets sur le plan criminologique ? Quel type de désendoctrinement faut-il mettre en place ? On se heurte ici au délicat problème éthique de la conversion religieuse, de la conviction intime, de la croyance en la Vérité absolue. Il n'en reste pas moins qu'il faut impérativement délégitimer le terroriste religieux ou laïque, qui ne saurait s'ériger en modèle de société (prévention secondaire), et condamner sans faiblesse l'usage de la terreur en raison de son principe qui suppose l'inhumanité de l'humain pour l'humain [10].

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALONSO-FERNÁNDEZ F. Aspects psycho-sociologiques et psychopathologiques du terrorisme. In : T. Alberne (édit). Criminologie et psychiatrie. Paris, Ellipses, 1997, p. 135-140.



- [2] BELZEAUX P. Paranoïa, terrorisme et folie. À propos de... « 2083 » d'Anders Behring Breivik. À propos de... « Leçons sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques » d'Henri Ey. *L'Évolution psychiatrique*, 2014, 79, 375-393.
- [3] BÉNÉZECH M. Des crimes fous commis par les fous et les autres. *Forensic*, 1994, 5, 41-44.
- [4] BOUZAR D, CAUPENNE C. Une nouvelle forme d'embrigadement des mineurs et des jeunes majeurs dans le terrorisme. Rapport du CPDSI Recherche action « Indicateurs de prévention », première étape, 2014.
- [5] BOUZAR D. Désamorcer l'islam radical. Ces dérives sectaires qui défigurent l'islam. Paris, L'Atelier, 2014.
- [6] CHOUVIER B. Les fanatiques : la folie de croire. Paris, Odile Jacob, 2009.
- [7] FAHY T. Do cases like that of Anders Breivik show that fanaticism is a form of madness ? No. *BMJ*, doi : 10.1136/bmj.e4647, 2012.
- [8] FREUD S. Psychologie des foules et analyse du moi. Suivi de Psychologie des foules de Gustave Le Bon. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2012.
- [9] FOURNIAL H. Essai sur la psychologie des foules. Considérations médico-judiciaires sur les responsabilités collectives. Lyon/Paris, Storck/Masson, 1892.
- [10] GÉRÉ F. Les volontaires de la mort. L'arme du suicide. Paris, Bayard, 2003.
- [11] HACKER F. Crazies, criminals and crusaders. New York, Norton, 1976.
- [12] KHOSROKHAVAR F. Radicalisation. Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme, 2014.
- [13] LITINETSKAIA M, GUELFI J.D. Fanatisme et délire : les frontières psychiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 2015, 173, 7, sous presse.
- [14] MOSCOVICI S. L'âge des foules. Un traité historique de psychologie des masses. Bruxelles, Complexe, 1991.
- [15] Références en langue anglaise : *Health Sciences*, 2014, 24, 1(92) ; *Ann NY Acad Sci*, 2010, 1208, 15-23 ; *Criminal Justice Policy Review*, 2009, 20, 359-374 ; *Journal of Social Issues*, 2013, 69, 3, 419-435, 436-454 ; *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2012, 3, 59-66 ; *The Atlantic*, <http://www.theatlantic.com/features/archive/2015/02/what-isis-really-wants/384980/>
- [16] ROISIN J. Hypothèse sur le fanatisme barbare. *Stress et trauma*, 2008, 8(2), 129-135.
- [17] SIGHELE S. La foule criminelle. Essai de psychologie collective. Paris, Alcan, 1892.
- [18] SQUVERER A. Figure clinique du fanatique. *Synapse*, 2007, 230, 20-26.
- [19] TARDE G. L'opinion et la foule. Paris, Alcan, 1910.
- [20] TAYLOR M. Do cases like that of Anders Breivik show that fanaticism is a form of madness ? Yes. *BMJ*, doi : 10.1136/bmj.e4612, 2012.
- [21] TRÉVIDIC M. Au cœur de l'antiterrorisme. Paris, JC Lattès, 2011.
- [22] TRÉVÉDIC M. Terroristes. Les 7 piliers de la déraison. Paris, JC Lattès, 2013.
- [23] VUELTA SIMON S. La prise en compte du champ du renseignement par la justice, dans la lutte contre le terrorisme et le crime organisé. In : F. Deboe et O. Renaudie (éditions). Sécurité intérieure. Les nouveaux défis. Paris, Vuibert, 2013, p. 33-43.





DÉRIVES SECTAIRES¹ ET DÉRIVES SÉVÈRES

SECTARIAN EXCESSES AND SEVERE EXCESSES

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

Thierry TOUTIN*

RÉSUMÉ

Trente ans après le rapport Vivien sur les sectes en France, malgré les préconisations tendant à réduire certaines dérives, force est de constater qu'elles ont continuer de prospérer en déplaçant leur centre de gravité vers l'étranger. De plus l'apparition d'organisations fanatiques religieuses qui prospèrent sur le désarroi et/ou l'espérance des populations ont conduit les autorités à mettre en place de nouvelles commissions d'enquêtes parlementaires afin de proposer des solutions pour contenir ce nouveau phénomène dénommé : radicalisation.

MOTS-CLÉS

Dérives sectaires, Thérapies alternatives, Exorcisme, Sujétion psychologique, Emprise mentale.

SUMMARY

Thirty years after the Vivien report on sects in France, despite the recommendations aimed at reducing certain excesses, it's clear that they continue to thrive by moving their center of gravity abroad. Moreover the emergence of fanatical religious organizations that thrive on disarray and /or the hope of the people have led the authorities to set up new parliamentary commissions of inquiry in order to propose solutions to contain this new phenomenon called: radicalization.

KEYWORDS

Sectarian abuse, Alternative therapies, Exorcism, Psychological subjection, Mental manipulation.

* Thierry Toutin, chercheur-associé au Laboratoire Psitec de l'Université Lille 3, diplômé d'université en psychiatrie légale et en victimologie.



« Les sectes déchaînent les passions parce qu'elles enchaînent les hommes ».

Alain Vivien, Auteur du Rapport parlementaire

«Les sectes en France : expressions de la liberté morale ou facteurs de manipulations ?» - 1983.

«Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public institué par la loi»

Article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789

« La France, République laïque, assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances ».

Article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958

Au titre des libertés de conscience et de religion, le droit positif français ne donne pas de définition juridique de la notion de secte. Seules les dérives issues de leurs pratiques sont réprimées. Ces «dérives sectaires» sont définies par la MIVILUDES² comme « un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte à l'ordre public, aux lois ou aux règlements, aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes. Elles se caractérisent par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société ».

La lutte contre les dérives sectaires n'a pas pour but de stigmatiser des courants de pensée. L'article 1^{er} de la loi du 09 décembre 1905 concernant la séparation des églises et de l'État, rappelle que la République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées dans l'intérêt de l'ordre public.

L'engouement pour des croyances parfois «ésotériques», semble manifeste en période de crise, même si aucune statistique ne peut l'attester formellement. Certaines tendances aux conséquences plus néfastes attirent régulièrement l'attention des pouvoirs publics. Ce sont ces tendances aux conséquences tragiques³ qui ont poussé les autorités à réagir.

(2) Mission Interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires.

(3) Suicide collectif au Guyana en 1978. Un gourou Jim Jones dirigeant du «Temple du peuple» s'était retiré au Guyana avec ses disciples, représentant un peu plus d'un millier de personnes. Le suicide collectif de 923 personnes sera découvert avec toute une mise en scène macabre. La majorité des adeptes aurait accepté de mourir par empoisonnement. C'est l'événement marqua les esprits pour deux raisons : le nombre élevé de décès et le fait qu'il s'agissait notamment d'américains de la classe moyenne voir supérieure. Mars 1994, la secte du «Temple Solaire» siégeant à la fois en Suisse et au Canada provoque un suicide collectif faisant 53 morts. En décembre 1995, 16 adeptes du Temple Solaire sont retrouvées mortes brûlées en France. Il s'agirait d'un suicide théâtralisé de personnes très intégrées socialement et non à la dérive. En 1995, c'est la Secte «AOUM, vérité suprême» qui provoque un attentat chimique au gaz sarin dans le métro de Tokyo. Bilan, 11 morts et 5.000 blessés. Le 19 avril 1993, à Waco au Texas, 88 membres de la secte des Davidiens, dirigé par David Koresh, sont morts par suicide ou à l'issue d'affrontements avec la police.

SECTES OU DÉRIVES SECTAIRES ?

Le champ des dérives sectaires ne se limite pas seulement à la sphère purement cultuelle. En l'absence d'une définition de la secte ou des mouvements sectaires, c'est l'aspect *ordre public* qui prime. Sous cet angle, l'attention sera davantage focalisée sur les effets nocifs ou non, en lien avec un comportement sectaire.

En France, la lutte contre les dérives sectaires est délicate car elle constitue une atteinte aux libertés publiques. Chacun est libre d'adhérer à tout mouvement associatif et à toutes sortes de croyances aussi singulières soient-elles. L'opinion publique n'a pas à juger du bien-fondé de l'objet d'une association. Le problème n'est donc pas la croyance mais la façon dont elle se traduit.

Juridiquement il n'y a aucune définition de la secte, mis à part quelques infractions pénales, plus ou moins adaptées à la lutte contre certaines dérives tels l'abus de faiblesse, l'escroquerie, l'exercice illégal de la médecine, la non-assistance à personne en danger, etc... En droit français, on ne sanctionne pas la croyance mais le comportement déviant et surtout le comportement que la croyance induit envers les autres.

Ce n'est qu'à partir des années 70 que le terme «secte» a pris une connotation particulièrement négative associé à d'autres sphères que cultuelles. Progressivement le terme « sectaire » s'est imposé avec une représentation péjorative, marginale, fermée et peu fréquente.

Des commissions d'enquêtes parlementaires et un observatoire

Doit-on sanctionner les « sectes », les mouvements sectaires, les associations sectaires, au risque de porter atteinte aux libertés individuelles et à la liberté de penser ? Quand et comment la société doit-elle intervenir ? Comment apprécier la dangerosité d'un mouvement, sur quels indicateurs peut-on se baser ?



Au début des années 80, à la suite de divers événements tragiques survenus en France⁴ comme à l'étranger, ces questions allaient conduire les autorités françaises à se pencher sur le phénomène sectaire.

Un rapport sur la situation sera demandé par Pierre Mauroy, Premier ministre en 1982, au député Alain Vivien. Ce rapport sera achevé en 1983 et publié en 1985 sous le titre *"Les sectes en France : expressions de la liberté morale ou facteurs de manipulations ?"*. Les conclusions du document montrent à quel point les sectes étaient nombreuses et disparates. Il précise aussi que les textes et la législation en vigueur suffisent largement pour lutter contre ce phénomène qui concerne à l'époque entre 150 000 à 400 000 personnes. Ce rapport a constitué la première étude approfondie et objective sur les dangers des sectes et a éclairé les pouvoirs publics et l'opinion sur une réalité jusque là fort mal connue.

En 1995, un nouveau rapport, du nom de ses auteurs : Gest-Guyard⁵, issu des travaux de la commission d'enquête parlementaire, avait la particularité d'avoir dressé une typologie de mouvements sectaires dont certains se présentaient sous le statut d'associations.

Ce rapport, dix ans après le rapport Vivien, constatait que *"les sectes continuent de prospérer en exploitant, pour leur plus grand profit, le désarroi dans lequel l'évolution de notre société plonge nombre de nos contemporains, prêts à se laisser abuser par l'apparente spiritualité d'un discours dont ils ont l'illusion qu'il peut apporter la réponse à leurs attentes. Il était donc légitime que la représentation nationale se préoccupe de prendre la mesure d'un phénomène dont l'évolution, est mal connue, d'apprécier les dangers qu'il fait courir aux individus et à la société, et de faire le point des mesures nécessaires pour le combattre"*⁶.

Une première typologie de critères non cumulatifs était dressée afin d'identifier les signes de potentiels mouvements d'allures sectaires. Elle ne reposait pas sur des aspects juridiques mais sur des repères sociologiques et psychologiques dont notamment :

- la déstabilisation mentale
- le caractère exorbitant des exigences financières
- la rupture avec l'environnement familial et professionnel
- les atteintes à l'intégrité physique
- l'embrigadement des enfants des adeptes
- le discours antisocial
- le trouble à l'ordre public
- l'importance des démêlés judiciaires

(4) IKOR Roger, *Je porte plainte*, Paris, Albin Michel, 1981.

(5) Rapport Gest-Guyard, N° 2468, fait au nom de la commission d'enquête parlementaire sur les sectes. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 décembre 1995.

(6) Rapport Gest-Guyard, op. Cit.

– les tentatives d'infiltrations au sein des pouvoirs publics

Le Rapport de 1995 ne propose pas non plus de lois spécifiques anti-sectes. Ce serait remettre en cause la liberté de pensée, de réunion et d'association. Même si certaines associations sont en fait de véritables "couvertures" pour certaines pratiques sectaires, elles ne se déclarent jamais comme telles.

En revanche le rapport de la commission parlementaire conduira à la création, le 09 mai 1996, d'un Observatoire Interministériel sur les sectes chargé de détecter les éventuelles dérives. Il sera remplacé le 07 octobre 1998 par la Mission Interministérielle de lutte contre les Sectes (MILS) présidée par Alain VIVIEN auteur du rapport parlementaire de 1983. Cet observatoire permet d'avoir des rapports transversaux avec l'ensemble des ministères et ainsi une vision pluridisciplinaire nationale sur l'évolution du phénomène sectaire. L'observatoire permet également d'offrir une connaissance de l'évolution des mouvements considérés comme sectaires. Le but affiché étant de repérer puis sanctionner la dérive sectaire et non pas le mouvement en lui-même.

En novembre 2002 la MILS (mission interministérielle de lutte contre les sectes) est remplacée par la MIVILUDES (Mission Interministérielle de Lutte contre les dérives sectaires). La priorité concerne la lutte, non pas contre les sectes, mais contre les dérives sectaires.

En 1995, comme en 1983, les conclusions des deux commissions convergeaient vers un même constat : nul besoin de législation spécifique "anti-sectes" dans la mesure où l'arsenal législatif offrait déjà de larges possibilités d'action contre toutes les formes de dérives existantes, tant fiscales, sociales que pénales.

DÉRIVES SECTAIRES ET DROIT PÉNAL

Le droit pénal français dispose d'un arsenal de textes et d'articles qui permettent de sanctionner de façon efficace les mouvements sectaires et surtout les dirigeants de ces mouvements. C'est probablement pour cette raison que de moins en moins de mouvements ont leurs « sièges » en France. Sans être exhaustif, les infractions pouvant être appliquées sont :

- I. Tortures et actes de barbarie, homicides volontaires et involontaires (sacrifices humains)
- II. Provocation/incitation au suicide (assez compliqué à mettre en œuvre)
- III. Violences volontaires
- IV. Affaires de mœurs (viols, agressions sexuelles)
- V. Application des dispositions de l'article 375 C.Civ : *Concernant les mineurs. Lorsque la sécurité, la santé, la moralité et les conditions d'éducation d'un mineur sont compromises.*
- VI. Exercice illégal de la médecine



VII. Omission de porter secours (non assistance à personne en danger)

VIII. Infractions prévus dans les autres codes (ex : codes du travail, de la santé, de l'urbanisme, fiscal...)

IX. Infractions contre les biens (vols, escroquerie, fraude fiscal, publicité mensongère, abus de faiblesse,...)

Diverses commissions d'enquêtes parlementaires vont se succéder afin de faire la lumière sur certains points particuliers liés aux dérives sectaires.

Le rapport de 1999 intitulé *les Sectes et l'argent*⁷ préconise un ensemble de mesures tendant à lutter contre ce que l'on nomme la fraude sectaire et ses ramifications dans les milieux financiers et l'immobilier.

En 2001, un élément juridique important viendra compléter l'édifice pénal afin de poursuivre plus efficacement certaines formes de dérives sectaires. Il s'agit de la loi About-Picard⁸, du nom du président et du rapporteur dudit rapport, qui « tend à renforcer la lutte et la répression des mouvements sectaires portant atteintes aux droits de l'Homme et aux libertés fondamentales ».

Cette loi crée un délit d'abus de faiblesse aggravé qui ne vise pas seulement les mouvements sectaires. Il a élargi l'ancienne incrimination d'abus frauduleux de l'état de faiblesse. Le nouvel article 223-15-2 du code pénal réprime l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse d'un mineur ou d'une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, d'une maladie ou d'une infirmité. Il protège aussi, désormais, l'individu en état de fragilité psychologique temporaire ou permanente se trouvant dans un état de sujétion psychologique ou physique, résultant de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement pour le conduire à des actes ou à des abstentions qui lui sont gravement préjudiciables.

L'abus de faiblesse aggravé concerne donc les personnes sous emprise sectaire et en état de sujétion psychologique qui au départ ne semblait pas en état de faiblesse mais qui le sont devenus par le fait des groupes et de leurs agissements sur l'individu.

Quant à la commission Fenech⁹, de décembre 2006, relative à la protection des mineurs, elle propose 150 mesures pouvant concerner environ 50.000 enfants qui seraient plus ou moins en lien avec des organisations sectaires.

(7) Rapport N° 1687 enregistré le 10 juin 1999 par la présidence de l'Assemblée Nationale au nom de la commission d'enquête sur la situation financière, patrimoniale et fiscale ainsi que sur les activités économiques et leurs relations avec les milieux économiques et financiers.

(8) Loi N° 2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales.

(9) Rapport N° 3507 enregistré le 12 décembre 2006 par la présidence de l'Assemblée Nationale au nom de la Commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs. Commission Fenech-Vuilque.

Le rapport de la commission fait un certain nombre de propositions très concrètes afin de mettre sur pied par exemple un contrôle médical minimum, un contrôle sur la scolarisation effective des enfants, en particulier pour ceux recevant des enseignements à distance.

SÉVÈRES DÉRIVES POUR LA SANTÉ

A l'aube du passage à l'an 2000, les autorités de bon nombre de pays dans le monde étaient inquiètes au sujet des mouvements millénaristes et apocalyptiques. La crainte de suicides collectifs en particulier était redoutée. Rien de tout ceci n'arriva. Mais depuis la crise financière de 2007 l'inquiétude a laissé la place à de nouvelles croyances aux conséquences parfois néfastes pour la santé. Deux formes de dérives sévères retiendront notre attention.

1. Les thérapies alternatives et de bien-être

C'est un domaine d'offres pléthoriques attachées à des labels en renouvellement constant où professionnels de santé et personnels paramédicaux côtoient des «thérapeutes» individuels auto-proclamés à l'issue de formations non homologuées, aux contenus fantaisistes et aux durées variables.

Chaque jour de nouvelles méthodes de «soins» font leur apparition, notamment par le biais Internet. Les théories développées par les pseudo-thérapeutes qui les pratiquent, s'appuient sur une approche «psychologisante» ou «alternatives aux médecines traditionnelles». La description de quelques-unes de ces «thérapies», identifiées et repertoriées dans le Rapport 2010 de la Miviludes, laisse perplexe quant à leur efficacité. Les différentes méthodes proposées sont résolument «singulières» par rapport à la médecine traditionnelle. Cette stratégie séduisante soumet cependant à l'emprise mentale celui qui y adhère et le met en danger dès lors qu'il est atteint d'une pathologie grave ou qu'il développe des dysfonctionnements mentaux induits par son thérapeute.

Nous évoquerons quelques unes de ces méthodes de «soins» qui, pour certaines, paraissent pour le moins étranges.

Les traitements anti-cancers

Dans un contexte où l'efficacité des traitements conventionnels contre certaines maladies graves n'a pas permis d'obtenir la rémission voire la guérison escomptée, on peut comprendre l'intérêt ou l'engouement de certains individus qui empruntent des parcours de soins alternatifs dans lesquels ils placent toutes leurs espérances.



Une guérisseuse prétend s'attaquer aux cancers ou à d'autres maladies en faisant ingérer au malade de l'huile essentielle de lin non chauffée et non traitée et du lait caillé. Pour les adeptes « cette méthode attestée serait étouffée par l'industrie du cancer ». La promotrice de cette discipline aurait été nominée à sept reprises pour le prix Nobel de médecine, mais l'industrie pharmaceutique s'y serait opposée... La théorie du complot expliquerait tout.

Dans le même registre un guérisseur propose, quant à lui, une cure de jus de légumes de 42 jours comme cure anti-cancer. Un autre encore, propose de soigner le cancer par un traitement à base de jus de citron. En 2002, après un redressement fiscal, il s'installe en Espagne où il continue de diffuser sa théorie et à organiser des sessions de formation. Son traitement par la vitamine C « apporterait aux microzymas le terrain indispensable pour bâtir ou rebâtir les organes déficients, les tissus endommagés, les cellules, et même les cellules nerveuses tuées par l'aluminium des vaccins par exemple, qui ne seraient pas renouvelables d'après la médecine conventionnelle ».

Il prétend avoir la certitude que : « la vitamine C à haute dose est vraiment efficace sur les cancers et peut bloquer leur croissance et les faire fondre sans le moindre inconvénient ou risque vital même s'il nous faut rester vigilants sur d'éventuelles difficultés d'administration ; la prise peut se faire très facilement par voie orale ou par lavements si l'on utilise de l'ascorbate de sodium pur »...

En parallèle un médecin italien radié du conseil de l'ordre italien, professe une théorie sur la nature mycosique du cancer et son traitement par le bicarbonate de soude.

Selon lui, « la raison d'être des mouvements alternatifs est l'incapacité de la médecine conventionnelle à résoudre les problèmes des patients qui semblaient obtenir de plus grands bénéfices de ces thérapies qui les évaluaient et les traitaient comme des êtres complets ».

L'urinothérapie comme son nom l'indique, est une technique de santé qui consiste à recycler son urine en la buvant ou en se massant tout le corps avec. Amaroli est l'autre nom « poétique » de cette méthode.

L'instinctothérapie, c'est-à-dire la seule consommation d'aliments crus sélectionnés sur leur odeur, est pratiquée au sein de petits groupes épars. L'un d'entre eux, installé à Montramé en Seine-et-Marne, a dérapé sous l'influence de son gourou reconnu coupable de viols sur mineurs et condamné à 15 ans de réclusion criminelle.

Le respirianisme promu en France par la prétresse australienne Jashmuheen (Ellen Greve) repose sur la pratique du jeûne total acquis à l'issue d'un processus sacré de 21 jours au delà duquel il est envisageable de se nourrir uniquement d'air et de lumière... Cette pratique est responsable de décès à l'étranger. En France, elle est l'objet d'une surveillance étroite des colloques et stages de « sa prétresse ».

L'énergiologie prétend quant à elle à l'étude et à la connaissance de l'énergie vitale du monde. Par sa vision extralucide, l'énergiologue verrait à l'intérieur du corps des dérives énergétiques et les causes de leur dissociation. Le regard du praticien permettrait de recréer l'unité du terrain et de restaurer la santé...

2. L'exorcisme clandestin

Bien qu'associée au charlatanisme et basée sur la crédulité des gens, la sorcellerie est, de nos jours, parallèlement à la médecine et à la prière, considérée par certaine personne comme un ultime recours contre la maladie. Dans le cas contraire ce n'est plus qu'un phénomène minoritaire que l'on rencontre dans les jeux de rôles (donjons et dragons) ou dans certaines dérives sectaires de types lucifériennes.

Le pouvoir des sorciers ne prend toute son efficacité que mis en scène, c'est-à-dire en présence de témoins, ce qui implique des pratiques sabbatiques (rassemblements nocturnes de sorcières et dévots sous *la présidence du Diable* ou de son représentant) et des rituels collectifs (messes noires, sacrifices d'animaux, rites incantatoires, jets de sorts, breuvages magiques, elixirs de vie éternelle, philtres d'amour, onguents atténuant la douleur, potions magiques conférant une force sur-humaine. En réalité, un mélange de plantes et de drogues aux vertus analgésiques ou psycho-actives favorisant les délires confuso-oniriques et hallucinations de toutes sortes.

En revanche, l'exorcisme est un rituel religieux sérieux, destiné à expulser une entité spirituelle maléfique qui se serait emparée d'un être humain. C'est ce que l'on nomme sous le vocable de magie blanche ou contre-sorcellerie, tendant à délivrer du mal. Tout le contraire de la magie noire qui veut faire réagir les forces maléfiques et qui relève de la sorcellerie.

La pratique de l'exorcisme est universelle. On retrouve la pratique de l'exorcisme dans les sociétés primitives pour lesquelles il constitue une réponse à la possession démoniaque et contre la maladie. On la trouve aussi bien dans le chamanisme caucasien, que dans les rituels africains ou le vaudou. Il sera institutionnalisé dans le christianisme catholique, particulièrement au Moyen Age et continue à être pratiqué à l'heure actuelle par des prêtres exorcistes. Dans l'islam, le Coran a en lui-même une valeur exorcistique par le biais de la pratique ésotérique de la *ruqya* afin de lutter contre des djinns. Des hadiths du Prophète ont permis le recours à ces pratiques tant que les paroles prononcées ne contiennent pas des formules qui relèvent de la magie

A propos d'un cas d'exorcisme clandestin

En mai 2011, dans un quartier classé en zone de sécurité prioritaire proche de Paris, une jeune femme



de 19 ans a passé six jours ligotée sur un matelas, les bras en croix en position du Christ. La jeune femme, Melle Z, a aussi été battue et scarifiée. Mr X, son compagnon de l'époque, la mère du jeune homme et deux autres personnes, se sont défendus en prétendant que Melle Z était d'accord pour se faire désenvouter. Ils ont déclaré au tribunal vouloir la « *libérer du diable* ».

Les quatre accusés revendiquent appartenir à l'Eglise adventiste du septième jour, branche de l'église protestante dont ils ont été exclues un an avant les faits. L'un des quatres tortionnaires précisait à la presse que « *la pratique de l'exorcisme n'existe pas dans notre Eglise* », avant d'ajouter qu'« *il existe des minorités dans toutes les religions, qui croient à la présence du démon et le voient partout* ».

De son côté, l'avocat des mis en cause a affirmé que la victime « *était très amoureuse d'Eric. Ils partageaient tous de fortes convictions religieuses, une étude poussée des textes bibliques et un engagement, notamment auprès des sans-abri* ».

Les accusés ont toujours revendiqué la sincérité et le bien-fondé de cet exorcisme. Au deuxième jour du procès de quatre personnes accusées de l'avoir torturée pour l'exorciser, Antoinette, 21 ans, raconte l'emprise qu'avait sur elle le « gourou ».. Les quatre accusés, comparaissent pour « *arrestation, enlèvement et séquestration avec actes de torture ou de barbarie* » devant la cour d'assises.

« *Dans ma tête, X c'était Dieu, voilà. Il avait un certain charisme. Quand il parlait de Dieu, j'étais captivée* », raconte sa victime. Melle Z avait fait la rencontre de X à l'âge de 16 ans par le biais de l'Eglise adventiste du 7^e jour, un mouvement protestant évangélique. « *J'étais touchée par tout ce qui concernait Dieu, j'étais très intéressée par tout ça.* »

Dès leur rencontre, elle est séduite. « *Il disait que j'étais investie d'une grande mission, que Dieu avait besoin de moi. C'est un discours qui m'a complètement figée* ». A tel point qu'elle finit par emménager avec lui et couper les ponts avec sa famille.

« *Il me disait que ma mère faisait de la sorcellerie, que je ne devais plus la voir* ». Radiés de l'église adventiste en raison de problèmes disciplinaires, ils créent alors, avec deux autres personnes, un groupuscule dissident et vivent tous ensemble en quasi-autarcie chez Lise-Michelle, la mère d'Eric. « *Après on n'allait plus à l'Eglise, on ne sortait plus* », dit-elle.

Lavage de cerveau

« *C'était comme si Melle Z avait subi un lavage de cerveau* », confirme sa mère. « *Elle était complètement domptée par Mr X* ». Pendant de nombreux mois, elle avait tenté de reprendre la main sur sa fille. « *Non aux sectes, non aux gourous* » avait-elle affiché dans son immeuble, sans résultat.

“Délires mystiques”

« *Je faisais tout ce qu'il me disait à la lettre* », a encore raconté Melle Z. « *Il disait que la femme devait être soumise à son mari comme à Dieu, qu'elle devait lui obéir au doigt et à l'oeil* ».

Melle Z souffrait depuis plusieurs années de troubles psychiatriques, des « *délires mystiques* », selon sa mère. Au cours de ces crises, elle pouvait tenir des propos incohérents et faire preuve de violence physique ou verbale, a-t-elle déclaré. Selon la défense, un soir de mai 2011, Melle Z s'est mise à crier des phrases incompréhensibles, son visage s'est déformé et elle aurait essayé de sauter sur Mr X pour le frapper.

Exorciste amateur, un métier d'enfer

Après avoir été maîtrisée non sans difficulté, elle aurait finalement accepté d'être exorcisée. Pour chasser le démon censé la posséder, ils l'attachent alors à un matelas et la privent de nourriture. Au cours de l'audience, la Cour et les jurés ont pu voir des photos prises au moment de sa découverte par les policiers, après une semaine de calvaire.

Elle y apparaît le visage émacié, emmaillotée « *comme une momie* » dans des draps et des liens en tissu. Elle porte une couche pour adultes par-dessus un caleçon souillé et porte un tee-shirt « *Jésus-Christ amour* ». « *Elle n'arrêtait pas de bouger, elle avait tellement de force, donc on a eu l'idée de déchirer des draps pour serrer encore plus* », a déclaré l'un des mis en cause. Quelques mois auparavant, pourtant, rien ne laissait présager de tels faits, a affirmé à la barre un policier qui avait entendu les parties dans le cadre d'une enquête sur une possible dérive sectaire.

À l'époque, en septembre 2010, il avait simplement noté que Mr X était quelqu'un « *qui rêvait d'être pasteur, d'énoncer de sa bouche la parole biblique* ». « *C'étaient de gentils illuminés un peu en marge, mais il n'y avait pas de signe de dangerosité* », a-t-il dit. « *Mais les choses ont évolué très vite dans le mauvais sens. La jeune fille avait visiblement été frappée et scarifiée par ses bourreaux qui prétendaient la « *libérer du diable* ». *Enlèvement et séquestration avec actes de torture ou de barbarie** ». Tous ses « *libérateurs* » encourrent la prison à perpétuité.

Les quatre accusés, qui nient toute forme de violence, se réclament de l'Eglise adventiste du 7^e jour, un mouvement évangélique qui compte de nombreux adeptes aux Antilles. Ils ont toujours revendiqué la sincérité et le bien-fondé de l'exorcisme : Melle Z leur aurait donné son accord pour un désenvoûtement, ses blessures seraient le fait du Malin.

CONCLUSION

Les organisations sectaires n'ont pas disparu du paysage français, même si l'on entend moins parler





d'elles. À la suite de la chute du mur de Berlin le centre de gravité des sectes s'est déplacé vers l'Europe de l'est. Des villes telles que Moscou ou Prague ont vu des mouvements sectaires s'implanter très rapidement sur leur territoire. Ces organisations ont revendiqué le statut "d'églises", donc de mouvements religieux et ont pu recueillir ainsi quelques substantiels avantages (subventions).

L'évolution de ce phénomène n'est pas rassurant surtout lorsqu'on se pose la question de savoir pourquoi elles existent. En effet, les sectes vont chercher leurs adeptes chez les personnes qui sont en situation de fragilité ou en quête d'idéal. De nos jours il y aurait de plus en plus d'individus dans cette situation. L'engouement pour le radicalisme religieux semble bien le démontrer. Déclin des repères familiaux et sociaux, crise économique, mal être. La tentation est grande de s'orienter vers de nouveaux horizons pour donner un sens à sa vie au risque de tomber dans l'enfer d'organisations sectaires.

Un certain nombre de mouvements vont utiliser le terme de religion pour se positionner sur un marché qui est celui de l'escroquerie mentale.

Les organisations sectaires se sont adaptées et utilisent les méthodes de marketing, de communication et Internet pour leur recrutement et leur propagande. Il est permis de penser que des mouvements sous couverts d'activités pseudo religieuses ou humanitaires pourront attirer de plus en plus de recrues grâce aux effets démultiplieurs d'Internet.

Le rapport rédigé par Alain Vivien en 1985 à la demande du premier ministre de l'époque et publié sous le titre "Les sectes en France : expression de la liberté morale ou facteurs de manipulation", qui présentait une photographie du phénomène sectaire et en analysait les principaux aspects avant de formuler un certain nombre de propositions, a eu le grand mérite de constituer la première étude approfondie et objective sur les dangers des sectes et d'alerter les pouvoirs publics et l'opinion sur une réalité jusque là fort mal connue.

Voici maintenant trente ans que ce document a été publié. Force est de constater que les mesures qu'il préconisait étaient tout à fait appropriées. Ce qui n'a pas empêché de nouvelles organisations sectaires de prospérer sur le désarroi de nos concitoyens, dont les discours, teintés d'une pseudo-spiritualité, prétendent apporter des réponses à leurs attentes et leurs problèmes.

Les dérives sectaires induites par le retour d'un fanatisme religieux nous le démontre chaque jour. Deux commissions d'enquêtes parlementaires¹⁰ ont récem-

ment fait des propositions pour prévenir et lutter contre ces nouvelles formes de radicalisation. Trente ans après, le combat continue contre des dérives aux multiples facettes. ■

BIBLIOGRAPHIE

- ABGRALL Jean-Marie, *La mécanique des sectes*, Payot, Paris, 1996.
- BOUDERLIQUE Max, *Sectes, les manipulations mentales*, Chronique Sociale, Lyon, 1990.
- BOUDERLIQUE Max, *Réagir face aux sectes*, Chronique Sociale, Lyon, 1995.
- BOURSEILLER Christophe, *Les faux messies*, Fayard, Paris, 1993.
- CASGRAIN Yves, *Les sectes – Guide pour aider les victimes*, Editions l'Essentiel, Paris, 1996.
- CENTRE ROGER IKOR, *Les sectes, état d'urgence*, Albin Michel, Paris, 1995.
- CHAMPION Françoise et Martine Cohen, *Sectes et démocratie*, Seuil, Paris, 1999.
- Collectif, *L'univers des sectes – Quand on vend le soleil*, Éditions Michel Lafon, 1997.
- CORNUAULT Fanny, *La France des sectes*, Éditions Tchou, 1978.
- COTTA Jacques, & MARTIN Pascal, *Dans le secret des sectes*, Flammarion, Paris, 1992.
- EAUBONNE (d') François, *Dossier S... comme Sectes*, Édition A. Moreau, 1982.
- EL MOUNTACIR Hayat, *Les enfants des sectes*, Éditions Fayard, Paris, 1994.
- FACON Roger, *Sectes et sociétés secrètes aujourd'hui*, Éditions Lefevre, 1980.
- FALIGOT Roger & KAUFFER Rémi, *Le marché du diable*, Fayard, 1995.
- FENECH Georges, *Face aux sectes*, Politique, justice, État, PUF, Paris, 1999.
- FILLAIRE Bernard, *Les sectes*, Flammarion, Domino, Paris, 1996.
- FILLAIRE Bernard, *Le grand décervelage – Enquête pour combattre les sectes*, Éditions Plon, Paris, 1993.
- FOURNIER Anne et MONROY Michel, *La dérive sectaire*, PUF, Paris, 1999.
- FOUCHEREAU Bruno, *La mafia des sectes*, Éditions Filipacchi, Paris, 1996
- GEST Alain & GUYARD Robert, *Les sectes en France*, Rapport de l'Assemblée nationale, Paris, 1996.
- HASSAN Steven, *Protégez-vous contre les sectes*, Éditions du Rocher, Monaco, 1995.
- HUMMEL Reinhart, *Les gourous*, Cerf, Paris, 1988.
- IKOR Roger, *Je porte plainte*, Paris, Albin Michel, 1981.
- IKOR Roger, *La tête du poisson : les sectes, un mal de civilisation*, Albin Michel, Paris, 1983.
- LUCA Nathalie et LENOIR Frédéric, *Sectes, Mensonges et idéaux*, Bayard Éditions, Paris. 1998.

(10) Rapport N°2828 au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la surveillance des filières et des individus djihadistes. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 02 juin 2015. Rapport N°388 au nom de la commission d'enquête sénatoriale sur l'organisation et les moyens de la lutte contre les réseaux djihadistes en France et en Europe. Enregistré à la présidence du Sénat le 1^{er} avril 2015.



- MAYER Jean-François, *Les nouvelles voies spirituelles, L'âge d'Homme*, Lausanne, 1993.
- PASQUINI Xavier & PLUME Christian, *Encyclopédie des sectes dans le monde*, Editions Henri Veyrier, Paris, 1984.
- SANDRI D., *A la recherche des sectes*, Press Pocket, Paris, 1978.
- SCHLESSER-GAMELIN Laetitia, *Le langage des sectes, déjouer les pièges*, Salvator, Paris, 1999.
- TOKATLIAN Chantal, *Esclaves du XX siècle : les enfants dans les sectes*, Éditions Jacques Grancher, Paris, 1995.
- VERNETTE Jean, *Les sectes, l'occulte et l'étrange*, Le Bosquet, 1985.
- VERNETTE Jean, *Les sectes et l'Église catholique*, Cerf, Le document romain, Paris, 1986.
- VERNETTE Jean, *Sectes : que dire ? Que faire ?*, Édition Salvator, Mulhouse, 1995.
- VERNETTE Jean, *Les sectes*, P.U.F., Que sais-je ?, Paris, 1996.
- VERNETTE Jean, *Nouvelles spiritualités et nouvelles sagesse*, Bayard Éditions et Centurion, Paris, 1999.
- VIVIEN Alain, *Les sectes en France*, La Documentation française, Paris, 1985.
- WILSON Bryan, *Les sectes religieuses*, Hachette, 1970.
- WOODROW Alain, *Les nouvelles sectes*, Le Seuil, Paris, 1977 (Points actuels, 1981)

ANNEXE : RAPPORTS DES COMMISSIONS D'ENQUÊTE PARLEMENTAIRES

Rapport Vivien, au Premier ministre intitulé "Les sectes en France: expressions de la liberté morale ou facteurs de manipulations ?" 1983.

Rapport Gest-Guyard, N° 2468, fait au nom de la commission d'enquête parlementaire sur les sectes. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 décembre 1995.

Rapport N° 1687 enregistré le 10 juin 1999 par la présidence de l'Assemblée Nationale au nom de la commission d'enquête sur la situation financière, patrimoniale et fiscale ainsi que sur les activités économiques et leurs relations avec les milieux économiques et financiers. Rapport Fenech-Vuilque, N° 3507 enregistré le 12 décembre 2006 par la présidence de l'Assemblée Nationale au nom de la Commission d'enquête relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs.

Rapport N° 2828 au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la surveillance des filières et des individus djihadistes. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 02 juin 2015.

Rapport N° 388 au nom de la commission d'enquête sénatoriale sur l'organisation et les moyens de la lutte contre les réseaux djihadistes en France et en Europe. Enregistré à la présidence du Sénat le 1^{er} avril 2015.



VICTIMES DE HARCÈLEMENT VUES EN UNITÉ MÉDICO- JUDICIAIRE. RÉPONSES MÉDICO- PSYCHOLOGIQUES AUX NOUVELLES DISPOSITIONS PÉNALES

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

*VICTIMS OF HARASSMENT SEEN IN A FORENSIC
MEDICINE UNIT. MEDICAL-PSYCHOLOGICAL
ANSWERS TO NEW PENAL LEGAL MEASURES*

G. DIE*, I. HANAFY**/**, B. MARC*

RÉSUMÉ

Le harcèlement s'observe en intrafamilial comme en extrafamilial et touche une population variée, de milieux sociaux divers et d'âges différents. Les enfants et les adolescents (par le biais des technologies numériques et la circulation de rumeurs) y sont sujets ; les adultes plus encore, particulièrement les femmes davantage exposées au harcèlement sexuel. Le harcèlement en institutions ou dans le milieu carcéral est également fréquent. Correspondant à des modes de violence contemporains « *mobbing* », « *stalking* », « *gas-*

* Service des Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) du C.H. de Marne-la-Vallée (Groupe Hospitalier de l'Est Francilien, GHEF) 2,4 cours la Gondoire 77600 Jossigny

** Service de psychiatrie, Consultations spécialisées intersectorielles du C.H. de Meaux (GHEF)



lighting », le harcèlement, particulièrement sexuel ou dans le cadre du travail, évolue depuis une première loi en 1992 jusqu'à récemment où de nouvelles dispositions pénales ont été inscrites dans la Loi n°2014-873 du 4 août 2014.

Pour permettre une évaluation appropriée de l'incapacité totale de travail nécessaire au magistrat, la collaboration entre psychologue et médecin légiste est un apport essentiel, rendu possible par l'examen médico-psychologique, prévu par le Code de procédure pénale français. La réalisation de ces évaluations concomitantes au sein des Unités Médico-Judiciaires est une réponse cohérente et adaptée aux violences contre les personnes que représentent les différents harcèlements.

MOTS-CLÉS

Harcèlement, Unité médico-judiciaire, Code pénal, Evaluation médico-psychologique.

SUMMARY

Harassment is observed in intra-familial and extra-familial key as a diverse population, of various social backgrounds and of different ages. Children and adolescents (through digital technologies and the circulation of rumours) are subjects; more adults, particularly women more vulnerable to sexual harassment. Harassment in institutions or in prisons is also common. Corresponding to contemporary patterns of violence "mobbing", "stalking", "gas-lighting" harassment, particularly sexual or part of the work, changing from a first act in 1992 until recently when new penal provisions have been included in Law No. 2014-873 of 4 August 2014.

To allow a proper assessment of total incapacity for work necessary to the magistrate, cooperation between psychologist and medical examiner is an essential contribution, made possible by the medical and psychological examination provided by the French Criminal Procedure Code. Achieving these concurrent assessments within the forensic medicine unit is a consistent and appropriate response to violence against persons faced to the various harassments.

KEYWORDS

Harassment, Forensic medicine unit, Criminal code, Medical and psychological evaluation.



INTRODUCTION

Etymologiquement, harceler qui provient du vieux français « *harseler/hersele* » prolongation du terme originel « *herser* » signifiant utiliser la herse est entré en usage au XV^e siècle. Dans le lexique agricole, la herse est un outil fait de nombreuses petites pointes venant travailler le sol en vue du semis. En architecture militaire, la herse est une grille de fer armée de pointes pour interdire l'accès à une structure. Pour l'ennemi, « *hersele* » veut dire « soumettre sans répit à de petites attaques réitérées, à de rapides assauts incessants » [1]. Le terme de harcèlement a ensuite été emprunté à l'éthologie au regard des petits prédateurs qui doivent « *soumettre sans répit à de petites attaques* » pour gagner leur proie. « Par analogie, le terme signifie tourmenter sans cesse par de fréquentes mais petites attaques » [1]. Nous retrouvons ainsi l'idée de répétition essentielle au harcèlement, impliquant un processus fait de multiples attaques.

Le harcèlement se retrouve dans le couple, la famille, au travail, dans le groupe de pairs, etc. Il est un phénomène qui touche une population variée, de milieux sociaux divers et d'âges différents [2]. Nous retrouvons ainsi le harcèlement chez l'enfant (plus difficile à mettre en évidence avec la dystraintance ou bien l'aliénation parentale), l'adolescent (de plus en plus régulier, par le biais des technologies numériques particulièrement envahissantes dans le quotidien – telles que les réseaux sociaux comme Facebook® ou Twitter®, souvent associées à des conduites groupales et la circulation de rumeurs) [3] et plus majoritairement l'adulte voire la personne âgée. Les femmes sont représentées en plus forte proportion plus spécifiquement dans le couple, la famille ; les hommes, eux, ont une plus forte présence dans ce qui a trait au travail [4]. Le harcèlement se retrouve fréquemment dans certaines institutions, comme celles qui accueillent les malades mentaux où le personnel et / ou les pensionnaires eux-mêmes font montre de harcèlement les uns envers les autres ; le milieu carcéral n'échappe pas à cette violence particulière [4].

Le harcèlement moral induit les notions juridiques, médicales, sociales et psychologiques. Les premières le définissent légalement, avec des modifications de définition ou des créations de définition très récentes concernant notamment « *l'utilisation d'un service de communication au public en ligne* » [5] ; les autres l'évaluent, le repèrent et le prennent en charge (Cf Tableau I). Dans son essence néanmoins, cet agissement particulier est d'ordre psychologique tant dans la violence qu'il déploie que dans les conséquences qu'il génère chez la victime [2, 6-7]. Les violences psychologiques revêtent différentes formes. Elles peuvent être affectives (intimidations, rabaissements, humiliations, etc.), verbales (insultes, injures, critiques, etc.), matérielles (bris d'objet, percussions d'objets, etc.),

socio-économiques (cloisonnement financier) et/ou relationnelles (famille, sociétal), instillées par de la contrainte (physique, psychologique), du chantage, des menaces réitérées (de révéler de l'intime, d'hospitaliser, de mort, etc.), des non-dits ou bien des feintes [1, 6-8].

Le harcèlement a été abordé par divers professionnels de la santé mentale sur le plan international ou national [2, 3, 6-10]. La description des conséquences, la thérapeutique et la prévention ont été particulièrement investies bien qu'il reste encore de nombreuses études à réaliser (si le monde du travail a bénéficié de travaux importants [9, 10], les autres formes précitées restent encore insuffisamment connues). Le sujet du présent article n'est pas d'aborder les conséquences du harcèlement moral, mais d'introduire ce qu'il en est de sa représentativité dans le milieu médico-judiciaire et de proposer une réponse spécifique à la demande de la Justice sur cette notion de harcèlement, demande exprimée par les différentes Justices pénales [11-14], en l'illustrant par quatre cas cliniques démonstratifs.

HARCÈLEMENT ET LOI PÉNALE D'AOÛT 2014

Concernant le harcèlement, la procédure pénale française a souligné la nécessité d'associer d'une part le psychologue qui devra retranscrire ses relevés psycho-traumatiques accompagnés d'une estimation clinique du retentissement psychologique éventuellement observé dans un rapport à destination de l'enquête pénale et, d'autre part, le médecin qui viendra « *décrire l'état de santé général de la personne afin de corroborer les observations cliniques* [jugées primordiales] du psychologue » [11] et fixer une ITT. Il est possible de répondre à la demande de la justice par le biais d'un examen médico-psychologique, permettant ainsi d'établir une ITT adaptée à la situation abordée [15].

Au sein des unités médico-judiciaires où l'activité médico-légale du psychologue est reconnue, comme à l'UMJ du CH de Marne-la-Vallée, celle-ci intervient dans un cadre bien précis. A visée d'évaluation, à la demande du Parquet et à destination de l'enquête, ce professionnel de la santé mentale va venir investir un évènement ou une succession d'évènements, un cursus de vie, une personnalité, une symptomatologie et des souffrances subjectives au regard d'une enquête liée à une infraction, un délit, un crime. Dans cette même unité, le rôle du médecin légiste dans son travail de médecine légale du vivant, sera d'établir une ITT (Incapacité Totale de Travail) au sens pénal, en rapport avec ses constatations.

La récente loi pénale française définit des conséquences variables pour le harcèlement selon le nombre de jours d'ITT (Article 222-33-2-2 du Code pénal, créé par la Loi n°2014-873 du 4 août 2014 -



Article 222-33-2 Modifié par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 40

Le fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

Article 222-33-2-1 Modifié par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 40

Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint ou un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire lié à cette dernière par un pacte civil de solidarité.

Article 222-33-2-2 Crée par LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 41

Le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail.

Les faits mentionnés au premier alinéa sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende :

- 1° Lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours ;
- 2° Lorsqu'ils ont été commis sur un mineur de quinze ans ;
- 3° Lorsqu'ils ont été commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;
- 4° Lorsqu'ils ont été commis par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne. Les faits mentionnés au premier alinéa sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsqu'ils sont commis dans deux des circonstances mentionnées aux 1° à 4°.

Tableau I : Articles du Code pénal français portant sur le harcèlement (LOI n°2014-873 du 4 août 2014 - art. 40).

art. 41) (Cf. Tableau I). La réquisition usuellement adressée au seul psychologue, pour évaluation psychologique à l'UMJ, ne permet pas que la victime de harcèlement soit examinée par le médecin légiste (et ne peut donc pas bénéficier de cette ITT), en ce sens qu'elle ne correspond pas aux nécessités de la loi pénale récente d'août 2014 [5]. Même si le psychologue décrit un retentissement de forte intensité (la subjectivité de cette notion est à mettre en lien avec celle de l'ITT puisqu'elles ne bénéficient pas de grilles claires), la victime n'aura pas d'équivalent en jours d'ITT et le magistrat les moyens utiles d'appliquer les dispositions pénales récentes. Il est à noter que le psychologue légal travaillant dans une UMJ est censé

maîtriser des connaissances nécessaires à l'établissement d'une ITT au sens pénal ; préciser un retentissement de forte intensité indique que la victime se retrouve désadaptée de son quotidien durant au moins huit jours.

Au gré des multiples évaluations psychologiques réalisées à l'UMJ du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, il a été constaté que ce qui amène régulièrement les victimes à déposer plainte pour harcèlement, est un passage à l'acte physique qui viendrait comme pour sceller la répétition des passages à l'acte psychologiques préalables, et inciter celle ou celui qui les a tous subis à enfin faire appel à la Justice. La victime pensant pouvoir faire plus aisément reconnaître une bru-



talité caractérisée, décrit alors des tourments accumulés, bien que la plainte originelle puisse ne pas porter, au sens procédural, sur un harcèlement, mais sur des violences dites habituelles (dans le couple, sur le lieu de travail, etc.). Ainsi, fréquemment la plainte survient après une longue maturation de la part de la victime permettant au psychologue, s'il est sollicité à bon escient, d'avoir le recul nécessaire pour quantifier et qualifier les divers évènements vécus. Dans certain cas, la victime est examinée de manière différée par le psychologue et le médecin, obtenant des constatations distinctes qui ne viendront pas toujours se compléter dans les conclusions ; d'où l'intérêt du rapport médico-psychologique susmentionné [11, 15, 16]. A titre d'estimation du harcèlement dans l'activité d'une UMJ, l'analyse de l'activité psycho-légale au sein de l'UMJ du C.H. de Marne-la-Vallée en 2013 fait état de 8 % de harcèlement à proprement parler chez les adolescentes examinées, 4,5 % chez les adultes pour lesquels l'auteur dénoncé était toujours extra-familial et plus spécifiquement, 33 % chez les victimes de violences conjugales – donc intrafamiliales. L'importance de ce dernier chiffre correspond à la reconnaissance récente par le milieu médico-judiciaire et la loi pénale des violences psychologiques et de l'emprise ; les victimes osent plus facilement porter plainte, estimant pouvoir être reconnues. À l'inverse, les deux premières données reflètent la pensée erronée sociétale actuelle qui stipule que le harcèlement n'est pas pris en compte par la Justice, contrairement à ce que le Code Pénal indique.

HARCÈLEMENT, DÉFINITION ET FORMES

Ariane Bilheran, docteur en psychopathologie spécialisé dans cette thématique, définit le harcèlement de la manière suivante : « *le harcèlement vise la destruction progressive d'un individu ou d'un groupe par un autre individu ou un groupe, au moyen de pressions réitérées destinées à obtenir de force de l'individu quelque chose contre son gré et ce, ce faisant, à susciter et entretenir chez l'individu un état de terreur* » [6]. Il y a une notion de temps fondamentale, aussi bien dans la durée que dans la répétition ; chaque acte pris séparément peut paraître inoffensif. Le harceleur cherche à soumettre le harcelé dans un objectif de domination ou de destruction. Ainsi, les personnalités qualifiées de pervers narcissiques viennent se nourrir de ces attaques régulières à l'encontre de leurs victimes, comblant leurs propres failles au détriment d'autrui ; c'est ainsi que nous lui préférons le terme de « manipulateur destructeur ». Le harcèlement peut être physique, déployé au travers de violences volontaires répétitives contre une personne de race, de religion, de genre différent, contre une personne malade, handicapée, vulnérable ou plus faible. Le harcèlement peut être moral. Marie-France

Hirigoyen le définit comme « *toute conduite abusive qui se manifeste notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne, mettant en péril l'emploi de celle-ci ou dégradant le climat social* » [7].

Le harcèlement a été prioritairement étudié dans le cadre du travail. Son introduction dans le code du travail a été réalisée pour le secteur privé en 2003 puis public en 2005. Le harcèlement au travail inclut la notion de groupe, il ne s'agit pas nécessairement d'un couple harceleur/harcelé. Il y a un contexte, un environnement où les non-dits et les réprobations s'installent. L'établissement d'un processus de harcèlement au travail est toujours le signe d'une institution en souffrance, pathologique ou dysfonctionnelle [2, 9-10]. Le premier cas clinique présenté en est une illustration. (Cf. Tableau II)

Le « *mobbing* » désigne un groupe de personnes (gang, réseau, famille, etc.) utilisant un ensemble de pratiques impliquées dans le harcèlement moral (museilage, isolement, destruction des repères, dénigrement, dégradations des conditions de travail, compromission de la santé) [17]. Le deuxième cas clinique décrit un mobbing familial, dans lequel le groupe va s'unir pour harceler celle qui est considérée comme la cause des maux dudit groupe. (Cf. Tableau III)

Le « *gaslighting* » est un processus de violences psychologiques faisant s'immiscer le doute systématique à partir de fausses informations. L'origine de ce terme est issue d'un film « *Gaslight* » (i.e. hantise en français) réalisé par George Cukor en 1944. C'est l'histoire d'un homme qui mène son épouse à douter de sa santé mentale. Ici, nous retrouvons un contexte de harcèlement privé. Les violences au sein du couple mobilisent énormément ce qui a trait au harcèlement par l'intermédiaire de la manipulation et de l'emprise ; cette dernière « *entraîne souvent de la souffrance chez l'objet et [...] par-là, la source d'une nouvelle satisfaction : jourir de faire souffrir* » [18]. Le harcèlement dans le couple véhicule l'idée de sadisme et de perversion, revêtant un écho particulier aujourd'hui au regard de la vulgarisation de certaines notions. Ainsi, le pervers narcissique s'introduit dans le discours des victimes potentielles où l'éloignement progressif du couple prend l'apparence d'attaques régulières à l'estime de soi. Les conséquences des agissements de « ces pervers narcissiques » ou « manipulateurs destructeurs » prennent la forme d'une importante détresse qui ne peut être confondue avec la souffrance feinte d'une rupture coupable et intéressée (comme nous pouvons le constater chez certain(e)s consultant(e)s venant faussement alléguer des violences psychologiques à dessein manipulatoire). L'évaluation psychologique apparaît ainsi incontournable dans le cadre des violences conjugales, permettant une description précise d'un parcours difficile et ravageur qui souffre



À son arrivée, Gérard se montre immédiatement patibulaire, dans sa démarche rigide, son regard hautain et son visage fermé. Ses traits abrupts, sa mâchoire légèrement prognathe, d'anciennes cicatrices et ses rares cheveux hirsutes donnent l'impression de cornes sur les côtés, lui conférant presque l'image d'un méchant personnage pour enfants. Il s'installe face à nous en prenant soin de poser un dossier épais sur la chaise à côté de lui (constitué de papiers établissant des preuves pour la procédure). Il nous regarde bras croisés véhiculant une certaine sthenicité qui restera présente tout au long de l'entrevue. Il semble y avoir une colère évidente mais aussi une détermination chez cet individu. L'homme cherchera sans doute à se protéger d'une souffrance qui l'envahit mais qu'il a appris à dissimuler aux autres depuis plusieurs années sous les dehors susmentionnés.

Gérard travaille dans une grande entreprise internationale prônant la diversité et employant d'importants effectifs. Il est entré il y a une vingtaine d'années dans cette société à mi-temps, suivant par ailleurs un cursus en sciences humaines. Deux ans plus tard, il abandonne ses études et décide de construire sa carrière dans cette entreprise aux possibilités évolutives alléchantes. Le consultant fera plusieurs formations internes, évoluant petit à petit vers un poste d'encadrant puis de formateur. Son ascension est lente, il constate que certains employés ont des opportunités dont il ne bénéficie pas ; certains passant en priorité sans mérites établis. Il se syndicalise, s'implique dans le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail et se retrouve à devoir défendre certains employés contre des encadrants qui ont fait des erreurs ; il doit affronter la direction à la politique aggressive pour faire reconnaître lesdites erreurs et les pressions (notons que cette société est connue de l'opinion publique pour des manquements notables avec ses employés). Pour Gérard, c'est cette situation qui est le point de départ à ses difficultés personnelles dans l'entreprise.

Le plaignant expose un comportement autonome, parfait, travailleur mais aussi à l'écart, ne s'intégrant jamais complètement au groupe malgré les actions de défense des cas particuliers (lesquels sont, soit employés eux aussi isolés, soit appartenant à un sous-groupe minoritaire). Il possède néanmoins des « amis » dans la société mais ces relations sont superficielles ou issues d'un groupe aux croyances religieuses générant des propos de

méfiance envers la société. À la suite de conflits internes contraignant Gérard à prendre position contre les encadrants, des menaces et des pressions quotidiennes vont surgir. Les employés l'évitent, il est changé de poste, n'étant plus dans des fonctions adaptées. On lui conseille de ne plus insister sur certains dossiers, on lui refuse la possibilité de se plaindre de ses conditions de travail. Un supérieur s'en prendra à lui physiquement, mais il ne fera de démarches qu'en interne, cependant la réponse de la direction générée sera une première procédure de licenciement. Il parviendra toutefois à annuler cette procédure, et quittera dès lors ses fonctions syndicales. Par la suite, des messages privés avec une collègue seront utilisés à son encontre entraînant une procédure de harcèlement sexuel et une seconde procédure de licenciement. Ces litiges seront alors affichés aux yeux de tous les employés et l'histoire discutée en interne, mais également sur les réseaux sociaux jusqu'à être retransmise aux informations télévisées nationales. Gérard fournira les conversations entretenues avec la victime et sera réintégré dans la société, sans démenti. Les employés seront néanmoins dorénavant liés contre le plaignant : aucun ne veut travailler avec lui et il est insulté sur les réseaux sociaux, « *désonoré* » nous dira-t-il au regard des insultes racistes et anti-religieuses dont il serait à cette époque victime. Après un premier arrêt de travail, il pense pouvoir revenir dans des conditions acceptables, estimant que la situation se serait apaisée. Pourtant, son retour l'isole encore plus de tous, il n'a plus aucune responsabilité et est devenu *persona non grata*. L'image de soi est atteinte, Gérard perd goût à tout, il se nourrit plus qu'il ne faut comme pour combler un vide (accompagné d'une prise de poids d'une dizaine de kilos), lequel va l'entraîner toujours plus bas, sa chute lui paraissant alors inéluctable. La sphère privée est atteinte, les relations avec les autres deviennent difficiles ; ne pensant qu'à sa situation professionnelle – même dans un contexte personnel. En colère mais aussi désespérés (comme par introjection), les proches perdent patience. En couple, il se retrouve contraint d'opter pour la séparation ; ne parvenant plus à rester chez lui au quotidien seul, assailli par des idées noires, des pensées morbides, des idéations suicidaires, il retourne vivre chez ses parents, une fois de plus humilié et dépendant, ressentit-il. Lorsque nous le recevons, Gérard n'a pas repris le travail depuis un an et demi (mais continue régulièrement à recevoir des courriers le remettant en question de la part de la direction de sa société). Il a un suivi psychiatrique



depuis six mois et bénéficie d'un traitement antidépresseur et anxiolytique. Gérard nous dit qu'il a choisi de se battre plutôt que de se « *foutre en l'air* ». Il a ainsi engagé des procédures prudhommale et pénale. Ici le retentissement est majeur au regard de nos constatations. Le processus de mise en place du

harcèlement est cohérent. Le plaignant n'a pas été examiné par un médecin compte tenu de la distance des faits physiques et de l'aspect uniquement psychologique de l'impact actuel. Qu'en sera-t-il de la prise en compte de sa plainte dans ces conditions ?

Tableau II : Un homme harcelé au travail.

Fatiha, une jeune femme styliste, d'origine marocaine, parfaitement insérée dans la société française dont elle apprécie la culture et au cœur de laquelle elle arrive à s'épanouir tant religieusement, que personnellement, arrive à la consultation psychologique de l'UMJ enceinte de sept mois du troisième de ses enfants. Mariée depuis cinq ans avec le père de ces derniers, elle subirait depuis autant d'années, le harcèlement quasi-quotidien de l'ex-femme de son époux – qui n'a visiblement pas accepté la rupture – et des frères de celle-ci.

Au commencement de cette nouvelle union, l'auteure mise en cause aurait défini les règles en indiquant à Fatiha qu'elle ne la lâcherait pas, qu'elle ferait de sa vie un enfer. La consultante eût ainsi reçu des centaines d'appels téléphoniques en mode masqué, malgré ses multiples changements de numéro de téléphone, faisant foi de la détruire. La plaignante aurait ainsi accusé de très nombreux dénigrements, insultes (envers elle et ses enfants), menaces de mort, entrecoupées de menaces de coups et blessures (« si je te vois dans la rue, je vais te défigurer ») dont la réitération argue en faveur de leurs réalisations potentielles dans un but ostentatoire de déstabilisation.

Par ailleurs, appuyant toujours plus ce réalisme à l'origine d'un sentiment de peur accru aujourd'hui chez Fatiha, celle-ci aurait plusieurs fois fait la découverte de « *sopalin ensanglanté ou brûlé* » dans son jardin. Elle narrera la fois où elle aurait reçu de la même manière « *de la chair* » enfermée dans un « *bout de tissu ficelé* ». Des objets dont elle ne sait pas très bien s'ils servent à la persuasion ou à la sorcellerie (*sic*), mais dont elle assure l'impact psychologique sidérant. Fatiha serait la cible d'une accumulation *crescendo* d'agissements hostiles, qu'il s'agisse de traques, comme du fait de retrouver régulièrement sa voiture rayée (*sic*). Ainsi la plaignante dit se savoir « *systématiquement* » suivie. Ce serait au cours d'une de ces filatures que son agres-

seure présumée eût pu connaître la nouvelle adresse de la consultante ; laquelle avait pourtant déménagé dans l'espoir de faire cesser le *stalking* dont elle pense être victime depuis de nombreux mois. La jeune femme, désespérée dit avoir bien songé à partir malgré l'amour qu'elle porte à son partenaire, mais si changer de ville ne suffit pas, il faudrait qu'elle quitte la région, ce qui lui semble d'autant plus compliqué qu'elle a un nouvel emploi, stable et dans lequel elle saurait s'épanouir par ailleurs si elle n'était pas aux prises de si lourdes complications personnelles.

Quelque temps avant sa plainte, tandis que Fatiha ne connaissait pas le visage de son agresseur présumé, une voiture avec deux femmes dans son habillage lui aurait fait signe de s'arrêter « *comme si quelque chose n'allait pas* » sur son automobile. La consultante s'est mise sur le bas côté d'une route, serait sortie du véhicule et se serait penchée pour regarder au moment où l'une des acolytes lui eût asséné deux « *grands coups dans le dos* » en lui disant : « tu as intérêt à partir d'ici, sinon tu vas mourir ».

Malgré la bonne structuration de la personnalité de Fatiha et l'efficience de ses capacités cognitivo-émotionnelles, une détresse cliniquement significative et de nombreux traits anxioléptiques post-traumatiques perturbent son individualité à part entière, au point d'évoquer les prémisses d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) en lien avec l'amoncellement des effractions psychiques par néantisation sus-citées. En outre, même si aucune fragilité ou influençabilité au sens clinique du terme n'a été repérable au cours de cet entretien, il est à noter un état de particulière vulnérabilité au sens pénal du terme, puisqu'elle en est à ce jour à son septième mois de grossesse (laquelle est *de facto* visible). Par ailleurs mère de deux premiers enfants en bas-âge dont elle avoue lors de l'entretien psychologique, la grande difficulté éprouvée à s'en occuper.

Tableau III : Le « mobbing » familial.



encore d'une perception trop légère tout au long de l'enquête. C'est ce qu'expose le troisième cas clinique que nous détaillons. (Cf. Tableau IV)

Le harcèlement sexuel se retrouve spécifiquement dans le cadre du travail depuis la loi de 1992 précisée ensuite par la loi de 1998 « *Le fait de harceler autrui en donnant des ordres, proférant des menaces, imposant des contraintes ou exerçant des pressions graves dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions* ». Depuis le 17 janvier 2002 le harcèlement sexuel a évolué : « *Le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle* », n'appartenant plus exclusivement au monde du travail. Cette définition a ainsi suivi d'une certaine façon l'évolution de la jurisprudence de la justice américaine qui s'est emparée quelques années plus tôt de ce problème [12, 14]. Elle a maintenant assez de recul pour se poser la question de la juste évaluation médico-légale, au vu des sanctions encourues [13], et pour permettre une évaluation très précise du phénomène, à l'instar des autres types de violences sexuelles rencontrées, rentrant typiquement dans le cadre médico-judiciaire [19]. C'est ainsi que l'étude sur la prévalence de la victimisation sexuelle aux Etats-Unis en 2011 révèle que 15,2 % des femmes ont subi pendant leur vie une victimisation d'ordre sexuelle par « *stalking* » contre 5,7 % des hommes [19].

Le *stalking*, vient du verbe « *to stalk* » qui signifie traquer. L'auteur de *stalking* a pour trait principal la surveillance et la traque ; ses comportements consistent en une taque furtive, une attention obsessive et non désirée accordée à un autre individu en le faisant suivre, surveiller, etc. [17]. Ce phénomène a été régulièrement observé dans de nombreux pays mais reste encore méconnu en France [3, 20]. C'est l'intérêt du cas présenté ici (Cf. Tableau V). La victime est sujette à une importante détresse tandis que l'auteur s'approprie l'intime de sa cible. Ce type de situation est majoritairement en lien avec un sentiment amoureux passé ou imaginé (qui n'est pas en lien avec l'érotomanie, laquelle est une conviction délirante d'être aimé tandis que le « *stalker* » est davantage dans la manipulation et l'appropriation sans déconnexion avec la réalité) [21].

Le harcèlement dans le cadre scolaire devient de plus en plus fréquent dans nos consultations [3]. Si le bizzutage apparaît rare, les brimades, les menaces, le harcèlement – notamment sexuel – sont de plus en plus présents au sein des institutions scolaires. Le développement des technologies numériques et l'évolution concomitante des comportements qualifiés d'antisociaux, mettent en évidence des attitudes itératives dans le seul but d'obtenir satisfaction immédiate. A l'entrée au collège plus de 90% des adolescents possèdent un portable (souvent un smartphone relié à l'internet), de retour chez eux ils bénéficient pour la plupart d'une connexion au web et d'un ordinateur

(nombre d'entre eux sont capables de contourner le contrôle parental) ainsi que d'un écran télévisuel et des multiples chaînes éponymes qui sont aujourd'hui à disposition. Cette connexion médiatique permanente donne un accès rapide à la connaissance, rend constante la présence de l'autre et engendre une intolérance à la frustration de plus en plus massive en ce sens où les besoins sont remplacés par des désirs, les affects par de pseudo-pulsions et l'attente par l'immédiateté, l'impulsivité voire l'agressivité au cœur d'une immaturité ainsi acquise. Aussi sommes-nous amenés à rencontrer par exemple des adolescents qui en viennent à se parler crument de leur désir sexuel par l'intermédiaire de ces technologies, et prodiguent des demandes, en cas de refus, de façon inlassablement répétée. De la même manière, le groupe d'adolescents peut créer un bouc émissaire ; il n'est pas rare d'observer le groupe adolescent se liguer contre l'un d'entre eux parce qu'il est vulnérable ou à l'inverse trop admirable selon leurs propres critères [3]. La loi pénale d'août 2014, lorsqu'elle évoque le harcèlement « commis par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne » [5] a pris en considération ce phénomène (Cf. Tableau I).

D'autres types de harcèlement existent et peuvent être observés au sein d'une unité médico-judiciaire, néanmoins ils sont souvent associés à d'autres délits. Ainsi le harcèlement financier (racket, chantage) se retrouve également dans le cadre scolaire et peut être aussi en lien avec les personnes vulnérables. Quelques cas de harcèlement religieux ont été enregistrés par le biais de prosélytisme ou de mouvements sectaires. Le cyber-harcèlement est important avec l'utilisation de spam, des réseaux sociaux (Facebook® et Twitter® n'étant pas l'apanage des adolescents), et les hackers (plusieurs allégations concernant le contrôle et la surveillance des portables et autres ordinateurs se retrouvent dans les violences conjugales par exemple). Enfin, le harcèlement en réseau, peu connu et jamais observé en UMJ car d'une envergure importante avec des moyens conséquents, a pour objectif de désigner une personne comme une cible et de la persécuter par le biais des groupes et des réseaux ; la plupart des participants à ce type de harcèlement ignorent ou n'évaluent pas rationnellement leur implication. Là encore, plusieurs techniques de harcèlement moral – à teneur destructrice – sont utilisées [17].

CONCLUSION

Le harcèlement est une notion complexe revêtant plusieurs formes dont il y a lieu de décrire et investir le contenu – à l'étayage psychologique évident – au regard de l'évolution de sa considération par le monde judiciaire. Si le Code pénal français a évolué dans la prise en compte de cette infraction délictuelle, avec



Quand Fatoumata arrive dans le bureau du psychologue évaluateur de l'UMJ, ses aspects postural, gestuel et vestimentaire lui confèrent un âge plus avancé que le sien. À 27 ans, la consultante est la mère de quatre enfants (âgés de 2 à 10 ans) qu'elle a conçus avec le seul homme qu'elle ait connu dans sa vie. Elle signale une première plainte déposée quelques années plus tôt contre le même auteur mis en cause ici, qu'elle aurait retirée le jour du jugement de ce dernier, aux prises d'un sentiment de culpabilité instillé au cœur même de sa personnalité depuis de nombreuses années maintenant par son agresseur présumé, et par un sentiment de peur qu'on lui retire ses enfants.

Fatoumata nous indiquera avoir connu son partenaire il y a dix ans, au moment où sa mère (avec laquelle elle éprouvait de grandes difficultés relationnelles) l'eût mise à la porte et peu de temps avant que sa santé physique se détériore à cause d'une maladie génétique qui aura entraîné chez elle une obésité morbide et de multiples antécédents médico-chirurgicaux. Le compagnon de la plaignante aurait immédiatement hébergé cette dernière, refusant toutefois pendant six années qu'elle figure sur le bail de leur logement.

Non seulement de ne pas lui reconnaître son statut de sujet à part entière (partageant désormais un logement avec lui), l'auteur mis en cause aurait parfaitement « objetisé » la consultante après leur mariage religieux, faisant de la plaignante SA femme, comme un appendice de lui-même.

Les violences psychologiques eussent d'emblée été légion ; rapidement accompagnées de violences sexuelles. Puisque « *c'est péché* » de ne pas avoir de relations intimes avec son mari dans la tradition musulmane explique la plaignante, quand elle ne le désirait pas, Monsieur aurait forcé les rapports par le biais d'une contrainte morale appuyée.

Ils se seraient séparés pendant huit mois suite à la première plainte de la consultante, en lien avec « *une interdiction d'approcher* » dans l'attente du jugement. Fatoumata expliquera s'être « *ridiculisée* » en retirant cette plainte, laissant une porte ouverte à son ex-concubin de le lui rappeler à maintes reprises par la suite. Honteuse, Fatoumata aurait alors fini par accepter que le père de ses enfants réintègre le domicile familial, estimant (aidée des nombreux plaidoyers du seul homme de son entourage) qu'elle devait lui laisser sa chance.

Constatant finalement qu'il était utopique de croire en la possibilité que cette famille puisse se réunir, au regard des violences conjugales qui auraient immédiatement repris leur cours, Fatoumata, désormais sûre de s'être « *fait avoir, comme d'habitude* », aurait alors rapidement demandé au père de ses quatre

enfants de partir. L'ex-compagnon de la consultante aurait commencé à découcher ça et là, sans jamais quitter réellement le foyer familial et ayant gain de cause auprès des forces de l'ordre étant donné qu'il figurait sur le bail (renforçant ainsi le sentiment de toute-puissance qui semble être celui de cet agresseur présumé).

Fort de cette position, l'auteur mis en cause aurait de nouveau fait montre de la violence verbale qui le caractériserait depuis toujours, vociférant par exemple les propos suivant à la mère de ses enfants : « *Mais regarde-toi ! Tu es moche, tu n'es rien sans moi, tu m'as demandé pardon, tu es une merde, une handicapée, une traînée* ». Régulièrement il eût fait preuve d'un mépris considérable envers Fatoumata et leurs enfants. La plaignante se souvient de la fois où il aurait invectivé leur fille aînée, lui disant : « *Ferme ta putain de gueule ! Telle mère, telle fille* ».

La consultante expliquera par la suite combien les moqueries émises par son ex-partenaire le seraient devant les enfants, faisant de ces derniers des victimes indirectes également, de la violence psychologique subie par leur mère, les mettant à contribution de celle-ci dans des assertions telles que : « *votre mère est moche, grosse et folle, il faut qu'elle s'en aille, quelqu'un d'autre viendra s'occuper de vous, elle ne sert à rien, elle est tout le temps malade...* ».

Tout au long de l'entretien, Fatoumata a évoqué le manque de respect flagrant de son ex-concubin à son endroit, à travers de multiples intimidations, humiliations, rabaissements, provocations et autres comportements tyranniques. Parallèlement à la violence matérielle (bris d'objets dans la maison), la violence verbale (insultes, réprimandes, critiques), la violence économique (refusant strictement d'aider la mère de ses enfants financièrement, même au sujet des courses alimentaires ou encore des impératifs sanitaires) et la violence relationnelle (empêchant la plaignante d'établir quelque contact extérieur que ce soit), l'agresseur présumé déployerait une violence psychologique fourbe à base de contraintes, chantages, contrôles et une violence affective de grande envergure rejetant sans cesse la consultante, se moquant constamment de son physique au point de prendre des photos d'elle endormie pour s'en gausser par la suite et la menaçant fréquemment de lui faire retirer les enfants ou de la faire hospitaliser, tout en souhaitant sa mort (*sic*).

Aussi, Fatoumata se retrouve-t-elle aujourd'hui dans une grande difficulté à la fois physique et psychique à s'occuper de ses quatre enfants, seule source de vie pour elle à ce jour pourtant (*sic*), prise au piège d'un pragmatisme et d'une apathie post-traumatiques importants et en lien sans doute avec un PTSD, s'il en est.

Tableau IV : L'emprise dans le couple.



Lorsque Ginette se présente, elle se montre à la fois excédée et désemparée. Son ex-petit-amis l'a bousculée et l'a frôlée avec son véhicule. L'histoire est anodine et la jeune femme le sait. Toutefois, elle voit en ce contact physique et cette menace l'occasion de porter plainte, mieux : d'obtenir le droit que sa plainte soit prise en compte. Ginette n'en est pas à sa première visite au commissariat depuis trois ans, mais quasi-systématiquement, l'absence de faits avérés ou de traces occasionne la même réponse : il n'y aurait pas matière à prendre sa plainte (*sic*).

Ginette est âgée d'une vingtaine d'années lorsqu'elle rencontre l'auteur des faits. Les premiers temps de leur relation, tout va pour le mieux ; puis le quotidien devient insatisfaisant, et finalement désagréable. La jeune femme décide de rompre, ce que le jeune homme n'accepte pas, il tente de la «raisonner», mais elle se montre déterminée. Il disparaît de sa vie, la rupture est un soulagement pour la plaignante. Quelques jours plus tard pourtant, elle le perçoit à plusieurs reprises au loin qui l'observe ; dans ces cas, il s'en va, sans rien dire. La situation se reproduit, encore et encore. Il s'approche de plus en plus, il se cache, la surprend, mais ne dit rien, jamais. Il quitte les lieux. Cette absence de mots va prendre la forme d'une menace, accompagnée d'une peur sourde et lancinante. L'auteur s'immisce dans les espaces personnels de la victime et s'en approprie le quotidien, l'intime. Il pénètre sur les terrains des amis, des parents de la jeune femme. Par moment, le harceleur réalise un acte plus important comme dérober des affaires personnelles situées dans le véhicule de la victime ; arrêté par des agents des forces de l'ordre, il sera sommé de rendre les affaires et ne plus s'approcher. A la suite de cet évènement l'auteur aurait disparu quelque temps avant de réapparaître. Le véhicule

de Ginette est alors dégradé, elle connaît le responsable mais n'a pas de preuve. La crainte de le voir surgir devient de plus en plus importante. S'il est capable d'avoir ce comportement, il peut faire bien plus encore s'interroge-t-elle.

La pensée est envahie, l'auteur fait partie de son quotidien, dans la peur, mais il entretient et conserve un lien – peu importe sa teneur. Le sujet ne parvient plus à faire la part des choses et son stress devenu chronique contamine ses relations sociales. Ses amis s'écartent d'elle, elle ne leur en veut pas, mais le déplore, ce qui amplifie son impuissance. Ses parents se montrent de moins en moins compréhensifs, elle préfère se tenir à distance pour les préserver dira-t-elle. Elle continue à travailler, l'intérieur de ces murs est encore conservé en dehors de la surveillance extérieure de l'auteur. Cependant son attention, sa concentration et bientôt son raisonnement sont contrariés par sa vigilance permanente et son appréhension. Depuis sa séparation d'avec l'auteur, elle n'a pas pu reprendre une relation sentimentale, subodorant qu'aucun compagnon n'accepterait d'être traqué (*sic*).

Ici, nous observons une absence de pathologie préalable, un discours cohérent et un retentissement anxieux majoritairement. Ces répercussions ne sont pas une incapacité chez le sujet à réaliser les tâches de la vie quotidienne. Pourtant, le retentissement peut être jugé d'intensité moyenne/forte au regard de son isolement partiel (réseaux amical/relationnel et sentimental/familial). Ginette n'a pas bénéficié d'un examen commun (médico-psychologique) mais de deux distincts ne prenant de ce fait pas en compte les répercussions psychologiques notables.

Tableau V : Le « stalking » mis à l'œuvre.

une dernière évolution en date d'août 2014, il n'en reste pas moins encore très général à ce sujet. Nous avons pu le décrire dans ses spécificités et sa complexité. S'il évolue dans son appréhension sociétale et donc judiciaire, nous nous devons en tant qu'intervenants du monde médico-psycho-légal de nous adapter et d'apporter les moyens appropriés à ce changement, pour permettre notamment une meilleure réponse pénale.

Aujourd'hui, les réponses proposées de façon séparées, médicale (jugeant des répercussions somatiques

et de l'ITT au sens pénal) d'une part et psychologique (estimant la mémoire traumatique et les impacts psychiques) d'autre part, empêchent l'établissement harmonieux d'une ITT nécessaire au magistrat pour la qualification de l'infraction. En proposant des examens médico-psychologiques systématiques en cas de harcèlement, une unité médico-judiciaire peut fournir un rendu opérationnel et adapté à la demande de la justice, faisant en sorte que le médecin légiste pose une ITT en complémentarité des investigations psychologiques, et corroborant



l'intensité du retentissement alors évalué par un psychologue, ce qui apporterait ainsi matière au vide existant entre la perception sociétale, le cadre pénal récemment modifié pour s'adapter aux nouvelles facettes des violences aux personnes et la pratique clinique psycho-médico-légale. ARTICLE ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

RÉFÉRENCES

- [1] ROBERT P. Harceler / harcèlement. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. 6 Vol. Littré, Paris, 1960.
- [2] BILHERAN A. Harcèlement. Famille, Institution, Entreprise. Armand Colin, Paris, 2009.
- [3] PURCELL R., MOLLER B., FLOWER T., MULLEN P.E. Stalking among juveniles. *Br. J. Psychiatry*, 2009, 194, 5, 451-455.
- [4] DRESSING H., KUEHNER C., GASS P. The epidemiology and characteristics of stalking. *Curr. Opin. Psychiatry*, 2006, 19, 4, 395-399.
- [5] CODE PENAL. Article 222-33-2 du Code pénal modifié par la loi n°2014-873 du 4 août 2014.
- [6] BILHERAN A. Le harcèlement moral. 3^e éd. Armand Colin, Paris, 2013.
- [7] HIRIGOYEN M-F. Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien. Syros, Paris, 1998.
- [8] LEVERT I. Les violences sournoises dans le couple. Robert Laffont, Paris, 2011.
- [9] KÜNZI G., KÜNZI D., VICARIO A., JEANDET C. Harcèlement sur le lieu de travail. Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, Lausanne, 2006.
- [10] TONINI S., LANFRANCO A., DELLABIANCA A., et al.. Work-related stress and bullying: gender differences and forensic medicine issues in the diagnostic procedure. *J. Occup. Med. Toxicol.*, 2009, 6, 1, 29-34.
- [11] DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES (1999). Circulaire du 5 juillet 1999. CRIM 99-08 F1/05-07-99. NOR : JUSD9930106C. Présentation générale des dispositions du décret n° 99-203 du 18 mars 1999 modifiant le code de procédure pénale (2^e partie : décrets en Conseil d'État).
- [12] LAWSON A.K., WRIGHT C.V., FITZGERALD L.F. The evaluation of sexual harassment litigants: reducing discrepancies in the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Law. Hum. Behav.*, 2013, 37, 5, 337-347.
- [13] FITZGERALD L.F. Sexual harassment and social justice: reflections on the distance yet to go. *Am. Psychol.*, 2003, 58, 11, 915-924.
- [14] ROSMAN J.P., MC DONALD J.J. Jr. Forensic aspects of sexual harassment. *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 1999, 22, 1, 129-145.
- [15] CODE DE PROCEDURE PENALE. Article R 120-2 du Code de procédure pénale. Crée par Décret n° 99-203 du 18 mars 1999 - art. 7 JORF 20 mars 1999.
- [16] HANAFY I., MARC B., DIE G., MARTINEZ M., MAHÉ V., DUPIC E. Le rôle du psychologue médico-légal évaluateur en pratique médico-judiciaire. *J. Int. Victimo.* (à paraître)
- [17] ABADIE J. Du harcèlement en réseau au harcèlement global : harcèlement moral, mobbing, gang stalking, harcèlement d'état, 2011. Disponible sur le site <http://conscience-vraie.info/harcelement-en-reseau.htm>
- [18] DALIGAND L. Emprise et violence dans le couple. In : Tigrane Tovmassian L, Bentata H, eds. Le traumatisme dans tous ses éclats. In press editions, Paris, 2012.
- [19] BREIDING M.J., SMITH S.G., BASILE K.C. et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization – national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill. Summ.* 2014, 63, 8, 1-18.
- [20] DRESSING H., KUEHNER C., GASS P. Lifetime prevalence and impact of stalking in a European city population: Epidemiological data from a middle-sized German city. *Br. J. Psychiatry* 2005, 187, 168-172.
- [21] KAMPHUIS J.H., EMMELKAMP P.M. Stalking – a contemporary challenge for forensic and clinical psychiatry. *Br. J. Psychiatry*, 2000 176, 206-209.

G. DIE, I. HANAFY, B. MARC



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 BNPAFRPPPCE

Signature:

Society / Last name, first name

Adresse :

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

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

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

EDITIONS ESKA – Contact : adv@eska.fr

12, rue du Quatre Septembre – 75002 Paris - France - Phone : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35



QUELLES SONT LES COMPOSANTES CLINIQUES DU TRANS- SEXUALISME ? À PROPOS DE 212 CAS DE DEMANDEURS DE RÉASSIGNATION SEXUELLE

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

*WHICH ARE THE CLINICAL COMPONENTS
OF TRANSSEXUALISM ? ABOUT 212 CASES
OF APPLICANTS FOR SEX REASSIGNMENT*

N. PLANCHE¹, P. GALIANA Y ABAL PhD², M. DE JOUVENCEL³

RÉSUMÉ

En France, et jusqu'en 2009, les personnes transsexuelles relevaient des ALD 23, c'est-à-dire des affections psychiatriques de longue durée. Depuis un décret d'avril 2010, les personnes transsexuelles relèvent des ALD 31, c'est-à-dire des affections dites hors liste, donc sans mention quant à leur nature psychiatrique. D'où la fin du protocole long et accablant auquel les transsexuels devaient se soumettre et qui avait pour objet d'objec-

1. Psychologue, Psychothérapeute, diplômée de Psychiatrie Légale, Membre de la SOFECT, Membre de l'AFTCC

2. Psychologue clinicienne et Anthropologue, Maître de conférences en psychologie à l'université Texas A&M – Corpus Christi.

3. Psychologue spécialisée en Neuropsychologie, Expert près la Cour d'Appel de Versailles



tiver une affection pathologique telle que la psychose pouvant remettre en question le bien-fondé du projet de réassiguation sexuelle.

La présente étude est fondée sur un échantillon composé de 212 patients (107 H et 105 F) examinés en consultation externe dans un service psychiatrique hospitalier. La moyenne d'âge des Hommes (H) est de 35 ans (19-57) et celle des Femmes (F) 29,5 ans (17-53). Les résultats des bilans psychologiques administrés à ces patients, les éléments issus de la psychobiographie nous ont permis de préciser des facteurs familiaux et socioprofessionnels et se sont avérés des indicateurs comparatifs avec la population générale aussi bien pour l'évaluation cognitive que pour le profil de personnalité. Cet article explore la question de savoir s'il existe des composantes psychiques caractéristiques chez les personnes manifestant un vécu de transsexualité.

MOTS-CLÉS

Bilan psychologique, Réassiguation sexuelle, Discordance, Transsexualisme, Métamorphose.

SUMMARY

In France transsexuality was classified as a long term psychiatric disorder (Affections de Longue Durée 23) until 2009. Since April 2010 a government decree established that transsexualism is a non-classified long term ailment. As this new categorization eliminates any reference to the potential psychiatric nature of transsexualism (Affections de Longue Durée 31) it put an end to the long and overwhelming psychiatric protocol to which transsexuals had to submit if they wanted to qualify for sex reassignment. In fact, the aim of this protocol was to objectify the potentiality of a pathological condition, such as psychosis, explaining the feelings of rejection/incongruence towards one's biological sex.

The present study is based on a sample of 212 patients (107 M and 105 F) examined as outpatients in a psychiatric hospital. The average age of the men (H) is 35 years (19-57) and the women (F) 29.5 years (17-53). The results of the psychological assessments administered to these patients provided comparative indicators with the general population for both cognitive assessment and personality profile. Elements of their psychobiography helped us clarify family and socio-professional factors in this population of patients.

This article explores the question of whether there are common psychological components among individuals manifesting a lived experience of transsexuality.

KEYWORDS

Psychological assessment, Sex reassignment, Discordance, Transsexualism, Metamorphosis.





INTRODUCTION

Le transsexualisme questionne l'anthropologie, la médecine, la psychologie, la philosophie dans leurs dimensions conceptuelles comme éthiques. Le transsexualisme reste un sujet central provoquant simultanément fascination et révulsion, acceptation ou rejet, compassion ou haine.

Avant le décret de 2010 qui sortait la transsexualité des affections psychiatriques de longue durée pour l'inscrire dans les affections de longue durée hors liste, le protocole psychiatrique mis en place pour les demandeurs de réassiguation sexuelle soumettait les candidats à la réassiguation sexuelle à un examen psychologique complet. Cette étude rétrospective s'est effectuée avec une lecture des bilans psychologiques effectués sur une population de 212 patients.

Quelles composantes cliniques peut-on trouver en commun dans l'étude psychologique des demandeurs de réassiguation sexuelle ?

Dans cette étude, il s'agit d'identifier les composantes évocatrices d'une vulnérabilité psychique du sujet caractéristiques de sa souffrance afin de comprendre la possible origine psycho traumatique de la transsexualité; d'évaluer les risques de décompensation (psychotique, suicidaire, dépressive...) ; de restituer la demande du sujet dans un contexte psychologique plus global, d'estimer l'accessibilité à l'accompagnement clinique de ces patients.

L'avis du psychologue s'inscrit dans une complémentarité de la méthode d'évaluation clinique avec celle du psychiatre.

A partir de ces évaluations, nous avons questionné la représentation de la réadaptation et de l'inclusion de cette population.

I. LES TRAVAUX D'AUTEURS

L'idée générale est que le binarisme sexuel serait à l'origine de l'exclusion sociale et de la stigmatisation des sujets transsexuels. Qu'il s'agisse d'anthropologues, psychanalystes, praticiens médicaux, psychologues cliniciens ou bien de l'opinion populaire, le transsexualisme est une question qui ne laisse jamais indifférent. En tant que réalité clinique ou sociale, le transsexualisme met à mal des concepts dichotomiques de type bien/mal, corps/psychisme, féminin/masculin, naturel/culturel ou encore naturel/artificiel, éléments fondateurs des valeurs constitutives de l'ordre social dans nombre de sociétés occidentales. En effet, ces oppositions binaires présentent des avantages non-négligeables dans la mesure où elles sont créatrices de distinctions essentielles, de critères majeurs dans lesquels des représentations éthiques du « comment être social » s'enracinent. Cependant, ces

représentations binaires fomentent des univers référentiels rigides ne laissant la moindre chance aux catégories d'être intermédiaires ou transitionnelles dans lesquelles la transsexualité pourrait s'inscrire. La transsexualité se situe encore aujourd'hui inscrite dans une logique déterministe qui puise son sens dans la biologie et la physiologie. Dans le monde animal, l'organicité renvoie nécessairement à l'opposition binaire mâle/femelle.

Le transsexualisme, nous le définirons comme une situation de souffrance psychique évocatrice, de la part du sujet qui la vit, d'une incapacité à se reconnaître, à accepter et à vivre dans son sexe biologique d'origine.

Pour Sironi (2011), la transsexualité est une contrainte au changement de sexe. La situation du transsexuel est mue par un désir d'expérimenter ce que l'auteure appelle une métamorphose humaine. En effet, le transsexuel souhaite voir ses attributs physiques se modifier afin d'évoquer corporellement ce qu'il se sent être psychiquement. En réalité, pour le transsexuel il y a une discordance voire une discorde entre ce qu'il se sent être intérieurement et ce qu'il paraît être extérieurement. L'individu est ainsi « en guerre » avec ce qu'il représente, en proie à un conflit entre l'image que les autres lui renvoient et ce qu'il se sent être au plus profond de lui-même. Identité sociale et identité individuelle entrent alors en conflit. Le transsexuel se sent très souvent emprisonné dans un corps qu'il ne peut faire sien.

Des études cliniques ont apporté des regards multiples, aux perspectives parfois adverses sur le phénomène de la transsexualité.

Stoller (1989) prônait l'existence de deux types de transsexualisme, le transsexualisme primaire et le transsexualisme secondaire. Le premier serait manifeste dans la plus tendre enfance et s'exprimerait sur l'adoption de comportements et parures définissant le sexe opposé. Ces comportements se poursuivraient à l'âge adulte et seraient évocateurs du destin du « vrai transsexuel ». Le transsexualisme secondaire prendrait forme dans l'âge adulte parfois de manière insidieuse, générant une souffrance chez le sujet, reflétant des mouvements pathologiques.

Pour Chiland (2011), le sexe est une réalité biologique qui ne peut être ni changée ou ni réinvestie dans la mesure où il constitue une donne immuable. Pour l'auteur, aucun homme ne serait devenir femme, de même, aucune femme ne serait en mesure de se changer en homme. Peretti (2008) voit dans la transsexualité une manière « d'être-au-monde », une façon de l'investir en (se) réinventant une nouvelle identité de genre, concept qui se différencie fortement de l'identité sexuelle.

Sironi (2011) propose un modèle théorique clinique, celui de la métamorphose humaine qu'elle définit comme « un 'changement de forme' une mise en adéquation entre le 'dedans' et le 'dehors' (2011 : 84). Et

QUELLES SONT LES COMPOSANTES
CLINIQUES DU TRANSSEXUALISME ?

l'auteure de développer autour de cette définition « la transition transsexuelle est une expérience de mise en forme d'une homothétie entre les changements extérieurs et les remaniements psychiques » (2011 : *Ibid*). Il est indéniable que le transsexuel peut trouver au moyen de la métamorphose corporelle un moyen de vivre en société qui réconcilie son être intime avec son être social.

Dans ce débat à propos du désir de réassignation sexuelle, une distinction nous paraît s'imposer entre genre et sexe. Le sexe est en effet une réalité biologique, binaire par essence : soit l'on naît homme, soit l'on naît femme. L'appartenance sexuelle confère à un individu une « qualité » spécifique, des attributs qui devraient « aller de soi ». En effet, les caractères distinctifs évocateurs de l'appartenance à un sexe sont marqués par la présence d'attributs physiques qui servent de marqueurs de l'appartenance à une communauté humaine. La pilosité est un marqueur majeur d'appartenance à un sexe. La présence de pilosité faciale ou l'abondance de pilosité corporelle sont des signes démarcatifs du sexe masculin. Ensuite, la noix d'Adam, la taille des mains sont aussi évocateurs du sexe masculin dans la mesure où ils convoquent l'idée de son attribut majeur : la virilité. Certaines caractéristiques physiques constitutives du genre féminin constituent une définition en négatif du masculin. A l'inverse, la faible pilosité corporelle ou l'absence de pilosité faciale sont des signes de féminité presque au même titre que la protubérance des seins. Si du point de vue biologique le sexe est sans nul doute marqué par l'anatomie corporelle, il l'est plus drastiquement par la morphologie génitale.

Le genre, terme dont le répertoire sémantique d'appartenance renvoie à la notion « d'espèce » et de « type » permet à l'individu de s'insérer dans une taxinomie sociale. Le genre nous apparaît comme le rôle social attribué à l'individu en fonction du sexe de naissance. Dans ce que nous appelons genre, il y a un ensemble de représentations qui lient attributs physiques à des propriétés psychiques et comportementales. Rites initiatiques et de passage pratiqués dans les sociétés traditionnelles sont de grande valeur heuristique à ce sujet : les poils des hommes sont communément associés à leur virilité et de ce fait ils sont exhibés, les seins de femmes sont des organes capables de fabriquer un fluide permettant de sustenter la vie humaine, renvoyant à la féminité, profondément connectée encore aujourd'hui à la maternité. Sexe (biologique) et genre (social) sont ainsi aisément confondus ce qui crée une souffrance profonde dans cette population de patients qui ne se sent prisonnière de son sexe biologique, facteur qui détermine les *scenarii* sociaux qu'ils rencontrent au quotidien. Les sujets transsexuels ne peuvent évoluer dans leur genre d'assignation, avec les attentes sociétales qui vont de pair, ni même agir efficacement sur la contrainte majeure qui se trouve être leur sexe de naissance.

Encore de nos jours, l'origine biologique de l'assignation sexuelle de naissance est vécue par grand nombre de praticiens comme incontournable.

La transsexualité a fait l'objet de multiples diagnostics : perversion (alors que la transsexualité a peu à voir avec des préférences sexuelles), psychose (la détresse transsexuelle peut désorganiser psychiquement, mais elle ne produit pas nécessairement de symptômes psychotiques), transsexualisme dans le DSM-III (1980) puis troubles de l'identité sexuelle (1994) selon le DSM-IV. Dans le DSM-IV™, le transsexualisme était classé comme un trouble de l'identité sexuelle (*sexual identity disorder*) jusqu'à l'arrivée du DSM-V en 2013. Après de longues recherches empiriques quant aux facteurs impliqués dans le déploiement de ces troubles, le DSM l'association américaine de psychiatrie (APA) a modifié la catégorie diagnostique d'appartenance du transsexualisme qui est aujourd'hui appelé dysphorie sexuelle (*gender dysphoria*). Cette catégorie nosographique se situe dans un territoire nosographique quelque peu isolé. En effet, dans les discussions relatives à la dysphorie de genre, le DSM-V ne classe plus les transsexuels parmi les malades mentaux mais les décrit en tant que personnes présentant une souffrance liée à une « incongruité » existant entre leur sexe biologique (celui que leur corps visible et exprimé) et leur sexe d'appartenance (celui qu'ils expérimentent comme étant leur vrai sexe). Le DSM-V insiste également sur l'existence de catégories intermédiaires d'individus ne souhaitant s'inscrire dans la catégorie binaire du masculin/féminin. En effet, nombre de patients candidats à la réassignation hormonale expriment le souhait de ne pas modifier leurs attributs génitaux d'origine et exposent leur projet de vivre dans des catégorisations sexuelles alternatives (transgenres) pouvant présenter des attributs physiologiques appartenant aux deux sexes (des seins féminins et des génitaux masculins, par exemple). Comme conséquence de cette « incongruité » de cette discordance chez le patient transsexuel entre le « sexe biologique » et le « sexe vécu », il existe chez ces patients une incapacité récurrente à accepter et à vivre dans leur sexe biologique. Fidèle à cette logique, la dysphorie de genre est définie comme situation de psychopathologie (refus de vivre dans le sexe biologique du sujet manifeste par un désir de réassignation sexuelle et accompagné par troubles anxieux et dépression fréquemment comorbides). Dans la dysphorie sexuelle, le DSM-V décrit une situation de psychopathologie émanant d'un conflit ouvert entre le patient et son corps, d'un sentiment d'enfermement dans un corps non-voulu, de vécu de rejet des attentes de la part de l'environnement et plus généralement des représentations liées du rôle social issues de l'inscription de ce corps biologique dans un sexe non-voulu. Les propositions étiologiques du DSM-V insistent sur la complexité des facteurs de risque impliqués dans la dysphorie de genre, même si le DSM-V met clairement l'accent sur les composantes biologiques.



Les facteurs environnementaux comme les attitudes parentales potentiellement évocatrices du désir d'avoir un enfant appartenant au sexe opposé et l'implication de facteurs post-traumatiques sont aussi indiqués comme potentielles causes facilitant le déploiement de la dysphorie sexuelle.

Dans la CIM 10 (classification internationale des maladies 10ème révision), le transsexualisme entre dans les déviations et troubles sexuels.

II. ÉTUDE CLINIQUE

1. Population

Étude d'une population de 212 patients (107 H et 105 F) de 1999 à 2008 ayant bénéficié d'un examen psychologique (entretien, questionnaire, tests psychométriques et projectifs) dans le cadre d'une demande de transformation hormono-chirurgicale (THC). Cet examen a été effectué en consultation externe dans un service de psychiatrie hospitalier.

2. Méthode

Les bilans comprennent la passation d'entretiens cliniques semi-structurés d'une durée d'environ deux heures. Ensuite une passation de tests diagnostiques (RORSCHACH), de tests de vocabulaire (BINOIS et PICHOT), de tests d'intelligence (échelle d'intelligence de WESCHLER (WAIS-R), de l'inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI).

Ces sujets manifestent une vulnérabilité du fait de leur vécu subjectif douloureux et de leur difficile insertion sociale. Cette problématique du sujet transsexuel est soulevée lors de l'examen psychologique.

Les facteurs personnels et environnementaux étudiés et les résultats aux tests psychométriques (facteurs intellectuels et mécanismes projectifs) ont été documentés avec les données de la littérature encore peu nombreuses.

Le questionnement sur le suivi et les modalités d'accompagnement de ces patients nous ont amenés à une meilleure connaissance de leurs attentes.

Les critères familiaux, sociaux, intellectuels et psychoaffectifs ont été analysés statistiquement

Nos hypothèses d'étude sur le vécu de ces hommes et femmes ciblent les modalités de ces demandes, les résultats de l'évaluation et des préconisations à propos du suivi de ces sujets.

L'examen psychologique répond à un protocole médico-psycho-chirurgical bien défini mais les sujets nous disent combien il est essentiel qu'ils s'approprient cette demande pour ne pas la vivre comme une contrainte administrative qui sanctionne.

L'objectif de l'examen psychologique est multiple. Il s'agit de dépister les composantes évocatrices d'une vulnérabilité psychique du patient prototypique de sa souffrance ; d'évaluer les risques de décompensation (psychotique, suicidaire, dépressive...) ; de restituer la demande dans un contexte psychologique plus global, d'évaluer l'accessibilité à la prise en charge tout cela afin de donner un avis basé sur méthode d'évaluation clinique complémentaires à ceux du psychiatre.

Le matériel utilisé est constitué d'entretiens cliniques, de la passation de tests diagnostiques, de tests d'intelligence et de questionnaires de personnalité.

- Entretien (présentation, accueil, psychobiographie, attentes, projets)
- Test de vocabulaire BINOIS et PICHOT
- Échelle d'Intelligence de WESCHLER (WAIS-R)
- Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI)
- Test de RORSCHACH

Sur la sollicitation du psychiatre qui a recueilli précédemment la demande du patient ou celle d'un médecin, la réalisation de cette évaluation reste toutefois soumise à la participation volontaire du patient. Elle peut être compromise ou reportée par manque d'informations, réticence, conditions sociogéographiques difficiles...).

L'accueil et la mise en confiance constituent des éléments essentiels pour permettre à ces patients de s'engager dans cette démarche de THC difficile et souvent douloureuse.

3. Résultats

Population : il s'agit de 212 patients, 107 hommes et 105 femmes

Examen : il dure une journée en consultation externe 19% des patients viennent accompagnés (amis (e), conjoints)

La demande des femmes s'effectue à un âge plus précoce que celle des hommes :

Pic FtM se situe dans la période adulte jeune < à 30 ans (23-27-30 ans)

Pic MtF se situe dans la période adulte > 30 ans (31-40-43 ans)

Le statut (marié ou divorcé) est uniquement retrouvé dans la population MtF (107) (voir les figures 1, 2 et 3).

Si le niveau culturel des demandeurs se situe après le premier cycle du secondaire : MtF (64%) et FtM (77%), nous observons que les demandes FtM doublent (30%) par rapport à celles MtF (15%) se situant au niveau universitaire.

Les demandes de niveaux culturels inférieurs à la classe de 3^e MtF (28%) et MtF (10%) confirment le niveau culturel supérieur des FtM à celui des MtF pour l'ensemble de la population étudiée.

Ces niveaux culturels ont déjà été identifiés dans l'étude de Kindynis (1985) (voir les figures 4 et 5).

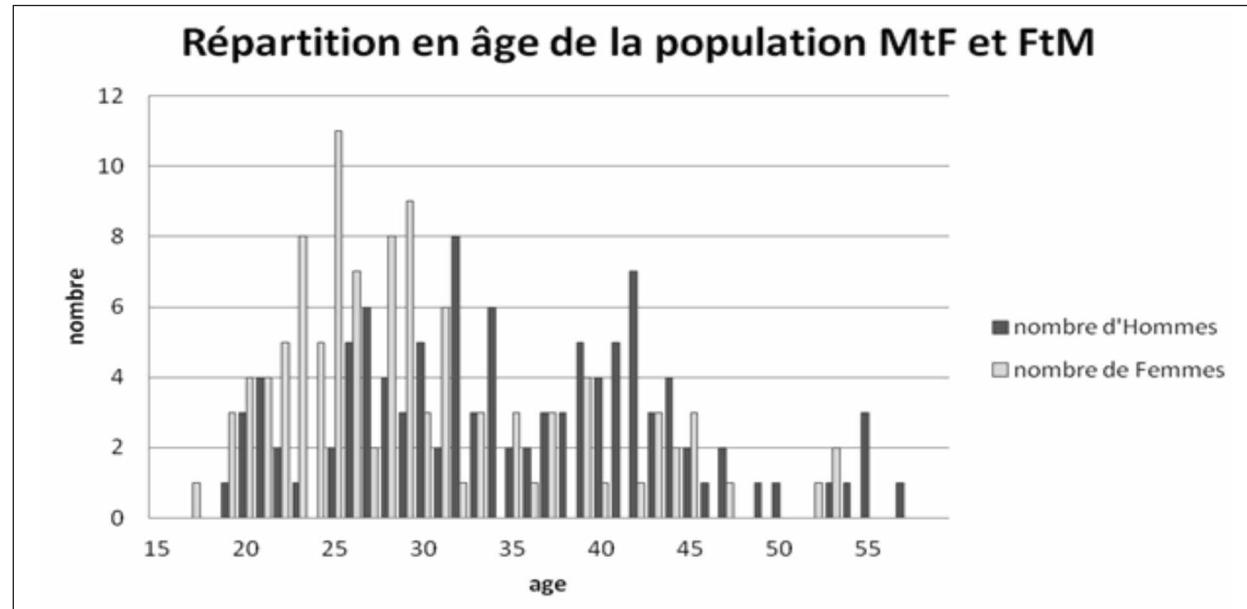


Figure 1 : Répartition en âge de la population MtF et FtM

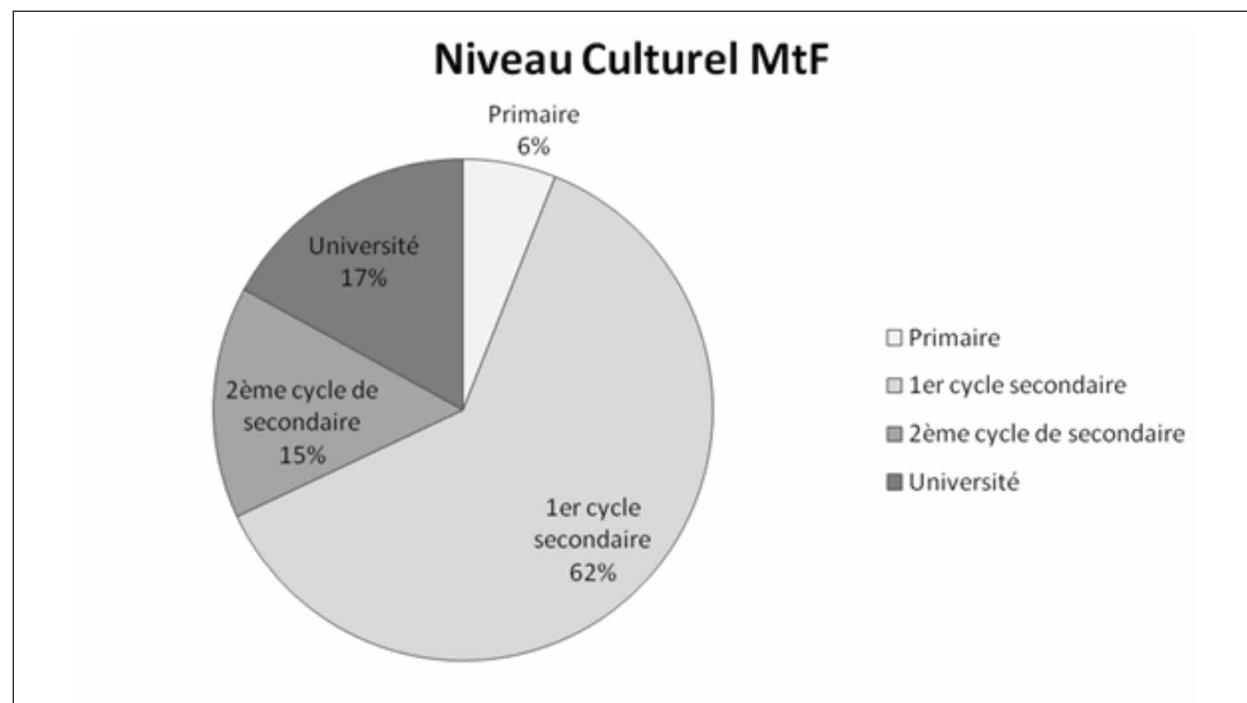


Figure 2 : Niveau culturel MtF : MtF : 34% en classe de 3^e, 15% en classe de 1^{re}, 15% en cursus universitaire



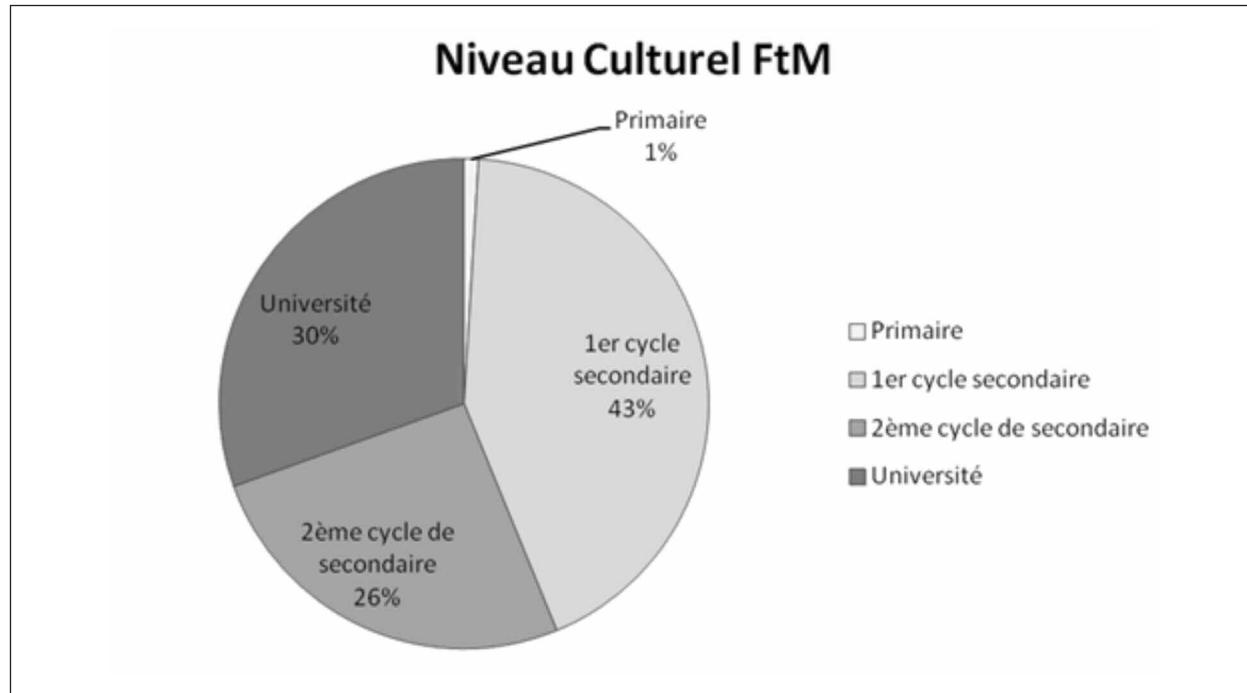


Figure 3 : Niveau culturel FtM : FtM : 33% en classe de 3^e, 14% en classe de 1^{re}, 30% en cursus universitaire

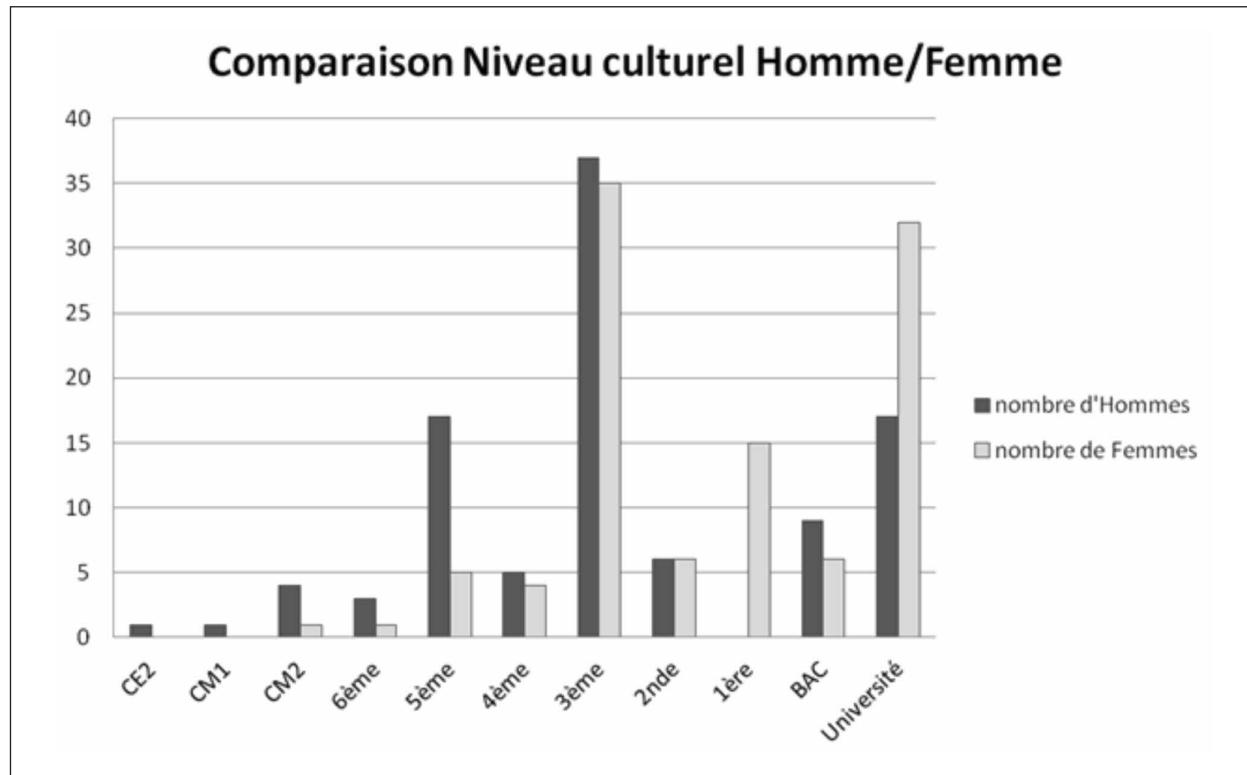


Figure 4 : Niveau culturel MtF : MtF : 34% en premier cycle de secondaire, 15% en deuxième cycle de secondaire, 15% en cursus universitaire



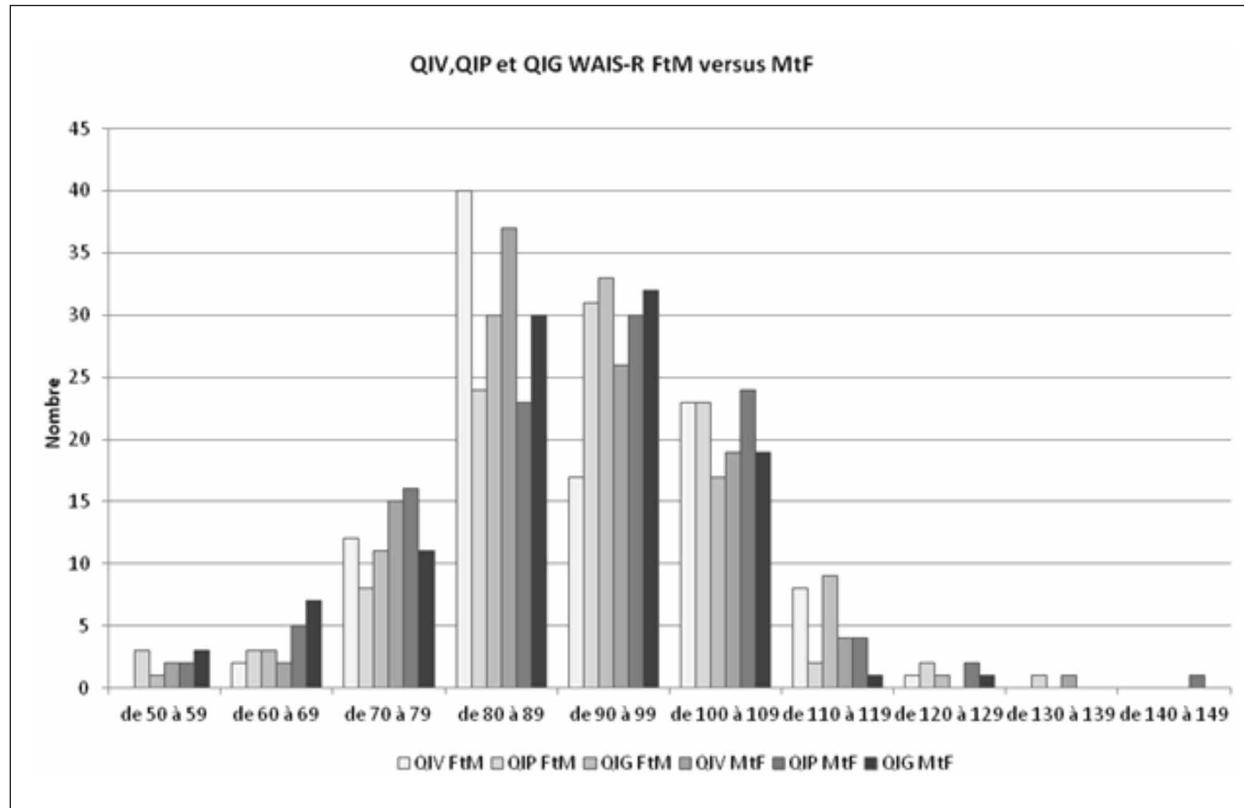


Figure 5 : Niveau culturel FtM : FtM : 33% enfin de premier cycle de secondaire, 14% en deuxième cycle de secondaire, 30% en cursus universitaire

Si le niveau culturel des demandeurs se situe après le premier cycle du secondaire : MtF (64%) et FtM (77%), nous observons que les demandes FtM doublent (30%) par rapport à celles MtF (15%) se situant au niveau universitaire. Les demandes de niveaux culturels inférieurs au premier cycle de secondaire MtF (28%) et MtF (10%) confirment le niveau culturel supérieur des FtM à celui des MtF pour l'ensemble de la population étudiée. Ces niveaux culturels ont déjà été identifiés dans l'étude de Kindynis (1985).

Comparaison Niveau culturel MtF versus FtM

Test d'efficience intellectuelle (WAIS –R Échelle verbale – Échelle performance et Échelle globale)

L'investissement dans les épreuves cognitives est favorisé par un niveau culturel élevé qui semble rassurer le sujet en bilan. Ceci nous conforte dans l'observation des demandes plus élevées par les niveaux culturels supérieurs et plus spécifiquement chez les FtM, par exemple lorsqu'il s'agit d'un niveau universitaire.

Niveau 80-89 (*moyen faible*), Niveau 90- 99 (*moyen*), Niveau 100-109 (*moyen fort*)

Les FtM et les MtF ont majoritairement un potentiel verbal de niveau *moyen faible*, ils ont un potentiel de performance de niveau *moyen* (+10 points). Ceci est

corrélé avec les études de la population générale (QIP > QIV +/- 10 points)

La clinique et les résultats psychométriques témoignent d'une population sans dysharmonie cognitive (+ 10 points) et avec des échelles verbale, performances et globales de niveaux *moyen faible* et *moyen*.

Tests de personnalité (MMPI et Test de RORSCHACH)

L'investissement dans les épreuves projectives et de personnalité est corrélé avec le niveau culturel pour la compréhension et le sens à donner à ces épreuves en relation avec la demande des MtF et des FtM.

La totalité des protocoles ont pu être exploités et montre des profils de personnalité et les mécanismes de défense mis en œuvre.

Nous retrouvons dans le MMPI des facteurs communs aux deux populations (MtF et FtM) :

- selon les profils, anxiété, éléments évocateurs de composantes sociopathiques, isolement social et repli sur soi
- hypersensibilité, l'hypersusceptibilité, facteurs évocateurs de passages à l'acte; FtM (PaPd=21%) et MtF (PaPd=20%).

Les éléments pathologiques sont deux fois plus fréquents chez les MtF (PaPdScPt=23% ;PaMa=14%) FtM PaPdScPt=11% ; PaMa=5%)



Nous retrouvons dans le protocole de Rorschach des FtM et MtF :

Dans ¾ des cas, des banalités (Ban) avec un contenu (*papillon* Pl I et V) et (*chauve-souris* Pl V) quels que soient les facteurs (NC et professionnel, origine culturel, âge)

A la planche III, la kinesthésie humaine (KH) féminine est relevée dans 2/3 des cas chez les MtF.

Elle est comparable dans sa fréquence avec la kinesthésie humaine masculine relevée chez le FtM

Test de RORSCHACH FtM

Les protocoles sont pauvres mais avec des banalités (Ban) bien perçues aux planches qui les sollicitent.

Les identifications masculines ou féminines sont le plus souvent corrélées avec la structure de personnalité : la fragilité structurelle de celle-ci limite la représentation du genre escompté.

Les mécanismes de défense de type névrotique tels le refoulement, l'isolation, le déplacement, le retournement sur soi ou la dénégation qui favorisent davantage cette représentation du sexe désiré.

L'identification au sexe escompté est plus corrélée à la structure de personnalité qu'au niveau intellectuel.

Cependant, à la planche III, nous relevons plus de personnages indéterminés et asexués dans la population à faible niveau socioculturel.

Test de RORSCHACH MtF

Si la tendance à l'agressivité et à la méfiance par rapport à la consigne du test est retrouvée chez les FtM surtout pour les niveaux socioculturels faibles, cette résistance à la participation au test est plus marquée chez les MtF souffrent davantage d'une non acceptation sociale de leur condition. Ceci s'avère vrai notamment lorsque cette population s'exerce à la prostitution.

Dans le Test de Rorschach, les mécanismes de défense apparaissent de type pseudo histrionique avec des éléments de dissociation et somatisations diverses. Ces composantes apparaissent plus clairement chez les FtM, avec un surinvestissement érotique du corps fréquent.

Les identifications sont plus aléatoires, féminines par rapport au sexe escompté mais également asexuées voire indifférenciées.

Les réponses sont d'une plus mauvaise qualité chez les MtF et avec une majorité de contenus pathologiques.

Éléments psychobiographiques des patients :

— Etapes de développement psychoaffectif

Enfance : l'attrance F ou M est raconté par le patient comme ayant été vécue sous forme de déguisement, banalisée ou acceptée partiellement.

Latence 8-10 ans : cette période interpelle le sujet dans son développement mais le maintient dans le secret, le non-dit.

Préadolescence 10-14 ans : le vécu de la sexualité est incomplet et son appréciation est variable en raison des caractères sexuels du sujet encore peu affirmés.

Adolescence 15 à 20 ans : Le développement corporel et psychoaffectif confirme le sujet définitivement dans son sexe et exacerbé la souffrance de ne pas appartenir au sexe opposé.

— Les relations sociales et affectives

Elles sont pauvres et témoignent d'un phénomène d'exclusion

La famille n'est pas un soutien dans 80% des cas et dans 99% des cas, elle n'était pas présente pour l'accompagnement lors du bilan psychologique à l'exception des sujets vivant en couple

— Les vécus corporels

Ils présentent des composantes multiples anxiodepressives du fait qu'ils surviennent brutalement et dans l'ignorance chez des sujets qui espèrent magiquement voir leur sexe se métamorphoser.

La réalité de cette discordance peut générer des mouvements agressifs avec des passages à l'acte autoagressifs : automutilations, prise du médicament, alcoolisme, absorption de produits illicites, phobie des attributs sexuels, vision de non finitude.

DISCUSSION

Si le transsexualisme n'est pas une pathologie en soi, des études cliniques diverses (Stoller, 1989 ; Peretti, 2008 ; Sironi, 2011) montrent qu'il est fréquemment associé à un vécu traumatique précoce.

Pour Peretti (2008), il pourrait s'agir d'un vécu traumatique advenu au stade du cocon comme postérieur à ce dernier. Cependant, l'auteure se basant sur son expérience de psychothérapie auprès de patients transsexuels pointe la nature de ce trauma « le déni du sexe de l'enfant a valeur de trauma non pas en tant qu'évènement ponctuel mais bien plutôt comme évènement au long cours, continu et sans cesse alimenté » (2008 : 279). Ce déni parental du sexe de l'enfant serait exprimé par une « discordance entre la parole, le regard des parents et la réalité biologique » (*Ibid* : 280). Le trauma inaugural fondateur du vécu transsexuel serait « fixé » par la répétition insidieuse de manifestations de déni de l'identité sexuelle de l'enfant. Le vécu traumatique rencontré dans la psychobiographie des demandeurs de réassignation sexuelle comporte une palette très variée d'évènements : viols ou agressions sexuelles pendant l'enfance,inceste, maltraitances infantiles (Peretti, 2008). A cette longue

liste Sironi (2011) ajoute les expériences d'acculturation.

Pour Sironi, l'expérience de l'effraction laisse une empreinte traumatique. « Un traumatisme est un marqueur indélébile qui va organiser la vie du sujet ou une partie d'elle autour d'un attracteur. Tout l'y ramène, à cette forme imprimée, telles des conduites traumatophiles, des répétitions ou un besoin de maîtrise ou de contrôle de soi » (2011 : 111-112). L'effraction traumatique initiale appellerait à une métamorphose « ...à une ouverture vers une nouvelle appartenance, ou un nouvel état » (2011 : 89). Mais l'auteure de rappeler qu'en psychologie clinique et en psychothérapie, les corrélations ne sont pas nécessairement des relations objectivables de cause à effet » [...] (*Ibid* : 212). Si le trauma est fréquemment trouvé dans les parcours de vie des demandeurs de sexe, cette donne n'est pas à généraliser à l'absolu.

Les observations cliniques de Peretti (2008) et de Sironi (2011) nous invitent à penser la souffrance du sujet transsexuel comme une « plaie ouverte » identitaire. La stigmatisation sociale qui suit le défaut d'appropriation du « territoire corporel » pouvant mener à la recherche d'une nouvelle identité de genre

Dans notre étude, les résultats au MMPI rendent compte d'une anxiété envahissante qui peut être mise sur le compte d'une organisation traumatique chez certains sujets. Il en va de même pour les composantes cliniques montrant l'incapacité des sujets à s'insérer socialement. Elles mettent en exergue un émoussement affectif évocateur d'un désinvestissement affectif post-traumatique, une impulsivité pouvant induire un passage à l'act auto ou hétéro agressif et un repli sur soi qui révèle des éléments dépressifs ainsi que les effets d'une marginalisation sociale hautement stigmatisante. Selon les profils, hypersensibilité, hypersusceptibilité évoquent une souffrance émanant d'une vulnérabilité narcissique éventuellement renforcée par la répétition traumatique : les demandeurs de réassignation sexuelle ont grand mal à trouver leur place, dans leur propre corps et dans la société. Ce vécu de marginalisation les amène à trouver difficilement des situations qui pourraient s'avérer contenantes.

L'objectivation de l'absence de composantes potentiellement pathologiques permet de donner cours à bien cette transformation chez les patients qui malgré les douloureux remaniements psychiques qu'elle implique, est vécue comme libératoire (Sironi : 2011). Les éléments pathologiques sont deux fois plus fréquents chez les MtF. Entretien clinique à l'appui, ces éléments nous sont apparus comme le résultat d'un vécu stigmatisant lié à la norme sociétale. En réalité, le projet de réassignation sexuelle chez des sujets de sexe masculin serait vécu comme autodévaluant, et de ce fait potentiellement dévalorisant dans la mesure où une transformation d'homme en femme implique de perdre une place de choix, celle du « sexe fort ».

Les troubles des identifications dans le Rorschach sont aléatoires, féminines par rapport au sexe escompté mais également asexuées voire indifférenciées. Ces troubles identificatoires nous ont semblé un effet de miroir par rapport aux identifications pathologiques à leur sexe de référence que Peretti (2008) attribue à la relation du sujet avec ses figures parentales. Une fois de plus, les réponses sont d'une plus mauvaise qualité chez les MtF et avec une majorité de contenus évocateurs d'une vulnérabilité identitaire.

Le niveau socioculturel est un facteur spécifique dans la demande avec un *effet de sexe* facilitateur pour les FtM. Nous voyons comment les récits recueillis montrent que les jeux d'habillement dans l'enfance sont choisis dans l'autre genre tant pour les MtF que les FtM. Le développement psycho corporel est vécu de manière différente chez les MtF et les FtM.

Les MtF vivent de manière plus difficile leur transvestisme, facteur d'exclusion familiale et socioprofessionnel. Stoller (1989) mentionnait déjà que le transvestisme était exceptionnel chez les FtM. Nous pensons que le regard social porté par « l'androgynisation » d'une femme en fait un phénomène exotique, plus subtil et de ce fait moins dérangeant que ne peut l'être la féminisation d'un homme.

CONCLUSION

Le protocole à suivre par les demandeurs de réassignation sexuelle était vécu par les sujets comme coercitif et de ce fait, il est générateur d'angoisse. De par les représentations de la transsexualité potentiellement pathologisantes qu'il véhicule, il est vécu dans l'incompréhension, le rejet, voire l'exclusion. Cela n'en facilite pas la libre expression de la souffrance psychique des sujets, favorisant le découragement, la révolte et les attitudes vindicatives du sujet.

L'apport des nouveaux tests et du DSM-V modifient progressivement le regard posé sur ces sujets.

Notre étude rétrospective a eu pour objectif la recherche de facteurs caractéristiques de cette population dans son parcours de bilan psychologique (demande, passation, résultats).

Elle montre un *effet de sexe* dans le vécu, plus défavorable pour les MtF avec une exclusion et une souffrance psychique plus marquée. Loin de singulariser le débat, à l'origine de cette différence, les représentations sociétales liées au genre masculin qui « transformé » en féminin perdrat de son prestige social est un des facteurs de cet *effet de sexe*.

Les FtM semblent développer plus de ressources d'adaptation avec des niveaux culturels plus élevés qui limitent les phénomènes d'exclusion redoutés par les deux populations.



Il existe une prévalence de traits des sujets (effet de sexe, impact du niveau culturel, développement psycho intellectuel normalisé). Une réflexion est à poursuivre afin d'inclure cette population dans une perspective d'acceptation de soi avec des difficultés d'adaptation et d'inclusion.

Le récit de ces hommes et de ces femmes témoigne de l'impact environnemental sur leur vécu et leur destinée. La difficulté d'acceptation de soi est l'élément prépondérant de la psychologie de ces personnes.

Une réflexion est à poursuivre afin d'inclure cette population dans une perspective d'humanité. ■

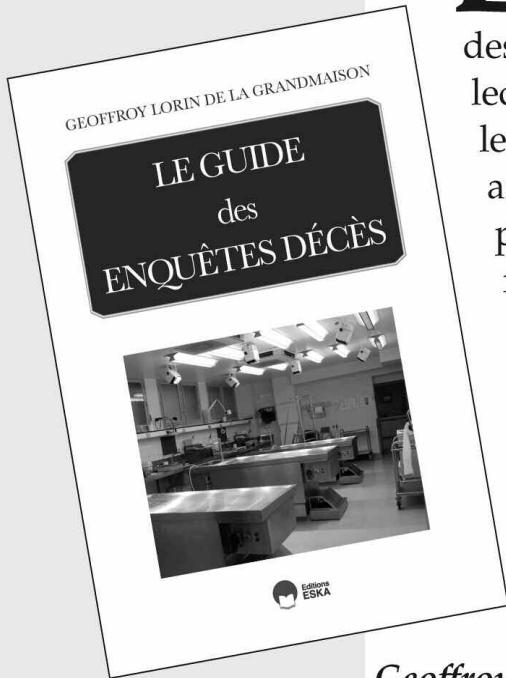
RÉFÉRENCES

- DSM III, Manuel statistique des troubles psychiatriques, American Psychiatric Association.
- DSM-IV, Manuel statistique des troubles psychiatriques, American Psychiatric Association.
- DSM V, Manuel statistique des troubles psychiatriques, American Psychiatric Association.
- KINDYNIS S. « *Contribution des tests mentaux à la connaissance et au diagnostic des troubles de l'identité de genre* » in Breton J, Frohwirth C, Pottiez S. (1985) *Le transsexualisme. Etude nosographique et médico-légale*. Comptes-rendus du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française LXXXI 11th session, Paris : Masson.
- CHILAND C. (2011) Changer de sexe, Paris : Odile Jacob.
- CHILAND C, Clément BONNET, Alain BRACONNIER (2010) *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, Paris : Eres.
- COUSSINOUX S, SMITH J. *Le bilan psychologique dans la prise en charge des demandeurs de « changement de sexe »*. Commission du 28 janv 2005.
- GALLARDA T, COUSSINOUX S., CORDIER B., LUTON J.P., BOURDEL M.C., OLIÉ J.P., *Intérêt des tests de personnalité dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent* Annales médico-psychologiques Volume 159, numéro 6, pages 466-470 (juillet 2001).
- PERETTI, M.L. (2008) *Le transsexualisme, une manière d'être au monde*, Paris : L'Harmattan.
- RORSCHACH H. (1921) *Psychodiagnostic*, Paris : PUF, 1962.
- HATHAWAY R., et Mc KINLEY J. C., *Manuel Inventaire Multiphasique de personnalité du Minnesota*. Traduction et adaptation par J. Dr Jacques Perse (1996) ECPA Paris.
- SIRONI, F. (2011) *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*, Paris : Odile Jacob.
- STOLLER, R. J. "Observing the erotic imagination", New Haven Londres – Yale University Press in Chiland C. (2011) *Changer de sexe, illusion et réalité*, Paris : Odile Jacob.
- STOLLER, R.J. (1989) *Masculin ou féminin*, Paris : PUF.
- WELLDON E. V., Mother, Madonna, Whore, the idealization and denigration of motherhood, New York – Londres Guilford Press (1988-1992) in Chiland C. *Changer de sexe, illusion et réalité*. Odile Jacob, 2011.



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).



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



LE RISQUE MÉDICO-LÉGAL LIÉ AU RETARD DE DIAGNOSTIC DU CANCER DU SEIN. RESPONSABILITÉ DU RADIologue¹

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

*MEDICO-LEGAL RISK CONNECTED WITH DELAYED DIAGNOSIS OF BREAST CANCER.
RADIOLOGIST'S RESPONSIBILITY*

P. TOUBIANA²

RÉSUMÉ

La responsabilité du radiologue, engagée à chaque étape d'une imagerie du sein, peut être retenue lors d'un retard de diagnostic du cancer entraînant un préjudice lié à la perte de chance de guérison. S'il est mis en cause, le radiologue doit pouvoir justifier d'une technique d'examen irréprochable et d'une lecture consciente des images, conformes aux données acquises de la science.

Erreur d'interprétation et défaut de détection sont les deux grands types de pièges potentiellement générateurs de diagnostics erronés, que le radiologue doit savoir éviter.

MOTS-CLÉS

Responsabilité médicolegal, Retard de diagnostic, Cancer du sein, Mammographie, Erreur d'interprétation, Défaut de détection, Expertise.

1. Article paru dans la revue *CANCERS AU FÉMININ*, volume III, Numéro 2, Février 2014, pp. 13-22 (Editeurs : ESKA).

2. Radiologue - Médecin expert - CSE, 13 rue Beaurepaire, 75010 Paris - patrick@toubiana.eu



SUMMARY

The radiologist's responsibility is engaged at every stage of breast imaging and may be considered when a delayed diagnosis of cancer is causing injury due to loss of chance of recovery. If the radiologist is implicated, he must be able to demonstrate a flawless review technique and careful reading of images, in accordance with science. Misinterpretation and detection failure are the two main types of fault, potentially generating misdiagnosis, the radiologist should know how to avoid.

KEYWORDS

Medicolegal responsibility, Delayed diagnosis, Breast cancer, Mammography, Misinterpretation, Fault détection, Expertise.

INTRODUCTION

Les progrès constants de la médecine, amplifiés par les médias, ont un impact évident sur le public qui a acquis la conviction que l'imagerie médicale est devenue une technique parfaite, presque infaillible, sans place pour le doute ou l'erreur.

Par sa fréquence élevée et sa gravité, le cancer du sein représente une situation à haut risque juridique ; en effet, près de 52 000 nouveaux cas sont diagnostiqués en France, en 2010 et plus de 12 000 décès sont causés par cette maladie. Au cours des dernières années, les procédures engagées contre des radiologues et leurs correspondants cliniciens, pour un retard de diagnostic à la mammographie, se sont rapidement multipliées.

PRINCIPES DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DU RADIologue

Comme pour tout médecin, la responsabilité du radiologue n'est engagée que s'il a commis une faute, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité entre la faute et le dommage soit prouvé.

La responsabilité du radiologue est mise en jeu dès l'indication posée de l'examen, ce qui implique que le médecin prescripteur lui transmette les renseignements nécessaires pour qu'il puisse exercer un contrôle sur la justesse de la demande.

La réglementation issue des directives européennes Euratom 97/43 (art. R. 43-61), transposées en droit français, relative à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales, rappelle la responsabilité partagée entre le prescripteur et l'exécutant de l'acte (1).

A chaque étape d'un examen d'imagerie médicale, la responsabilité du radiologue peut être engagée. L'attention du médecin doit donc porter successivement sur l'information complète donnée au patient, et sur l'obtention de son consentement éclairé. Un soin particulier doit être porté à la réalisation technique irréprochable de l'examen, l'interprétation consciente et attentive, mais également à la remise au patient du résultat dans un délai raisonnable, puis à la transmission rapide du compte-rendu au médecin traitant et enfin au suivi du patient dans le cadre d'une prise en charge cohérente (2).

La généralisation de l'archivage numérique des clichés et des réseaux d'images (ou PACS) entraînera probablement dans un avenir proche, une obligation d'interprétation comparative aux examens précédents (3). Ainsi, la responsabilité du radiologue est retenue dès lors que le retard diagnostique a entraîné un préjudice lié à une perte de chance. L'expertise doit permettre d'évaluer au mieux la perte de chance de guérison ou de survie, de bénéficier d'un traitement dans un délai adéquat et de subir des conséquences moins importantes sur la vie familiale ou professionnelle. Grâce aux conclusions de l'expertise, le Juge pourra statuer sur le préjudice subi, calculé par rapport à l'évolution prévisible d'une maladie découverte au même stade



évolutif, mais ayant bénéficié d'un dépistage correct plus précoce.

La circonstance la plus fréquemment rencontrée devant les tribunaux est la découverte d'un cancer du sein après qu'un examen radiologique de dépistage individuel ait initialement été considéré négatif.

Le radiologue peut commettre deux grands types de fautes : le défaut de détection et l'erreur d'interprétation. La mammographie reste l'examen de référence pour le dépistage du cancer du sein, mais peut être prise en défaut dans 10 à 30 % des cas.

Il est donc fondamental d'identifier les types d'erreurs potentiellement génératrices du retard de diagnostic, permettant de réduire le taux de faux négatifs de la mammographie et ainsi améliorer la pratique quotidienne du radiologue et de son correspondant prescripteur.

I. DÉFAUT DE DÉTECTION DU CANCER

1. Les causes de l'erreur

La jurisprudence, confirmée par la loi du 4 mars 2002 (article L 1142-1 du code de la santé publique) établit que le médecin n'est tenu, à l'égard de son patient, qu'à une obligation de moyens, et non de résultats, mais doit lui prodiguer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Le radiologue, comme tout médecin, est donc soumis à une obligation de moyens en ce qui concerne l'interprétation de son examen, mais il doit aussi répondre à une obligation de résultats en ce qui concerne le matériel utilisé et la qualité des clichés réalisés.

En cas de procédure judiciaire, l'Expert tentera de mettre en évidence des déficiences techniques dans la réalisation de l'examen sénologique, qui dans leur grande majorité, auraient pu être évitées.

De mauvaises conditions de travail peuvent être génératrices d'un défaut de concentration nuisible pour l'interprétation.

La lecture d'une mammographie doit se faire dans conditions idéales de quiétude, sans stress, dans un local adapté, sans nuisance sonore et doté d'une luminosité de faible intensité (50 Lux). Ces conditions techniques permettent une analyse correcte des clichés sur un négatoscope spécifique, de forte luminance (comprise entre 2 000 et 6 000 Cd/m²) et porteur de volets permettant d'obscurer les zones situées autour des clichés.

La lecture des examens sur des écrans de haute définition (5 mégapixels) est un progrès manifeste. Elle permet l'utilisation d'algorithmes de post-traitement de l'image, grâce à de multiples avantages tels que l'utilisation du zoom optique numérique, la variation du fenêtrage, l'inversion et le renforcement des contours, autorisant une meilleure étude des régions

sous-cutanées et un accès aux logiciels d'aide à la détection (4).

Ces matériels coûteux, ne sont utilisés que par les radiologues et il ne peut être reproché au clinicien de ne pas en bénéficier pour effectuer sa propre analyse des clichés. Cependant, l'Expert va sans doute s'assurer que le médecin traitant est au moins en possession d'un négatoscope simple dans son bureau, et qu'il a réellement contrôlé la mammographie réalisée, en présence de la patiente concernée.

Le manque d'expérience, la fatigue ou l'inattention du radiologue sont les principales causes génératrices d'erreur de diagnostic.

La personnalité du radiologue peut également influer sur le résultat de son analyse. Une confiance excessive et un manque d'autocritique sont parfois des facteurs favorisants de diagnostics erronés.

Le radiologue travaillant seul, même spécialisé en sénologie, est plus exposé aux erreurs que celui qui bénéficie du deuxième avis d'un confrère, il faut donc privilégier le travail en équipe ou la seconde lecture (5).

Certaines situations majorent le risque d'erreur diagnostique.

La qualité technique des examens réalisés est parfois insuffisante. Les causes de clichés techniquement imparfaits sont nombreuses et ont été précisément listées lors de la rédaction de la charte du dépistage organisé du cancer du sein (6). Il peut s'agir d'un défaut de positionnement du sein qui entraîne une zone ininterprétable. Une mauvaise compression de la glande mammaire peut masquer une masse, ou des microcalcifications pathologiques. Une insuffisance d'exposition provoque les mêmes risques. Enfin, Les artefacts, parmi lesquels les mouvements de la patiente, peuvent entraîner un flou sur les clichés et une perte de définition des contours d'une anomalie. *L'interprétation non comparative* des examens ou une comparaison non attentive peut entraîner des erreurs dramatiques.

L'absence de concordance entre la symptomatologie clinique et les résultats de la mammographie ou de l'échographie est une cause plus fréquemment rencontrée au cours des procédures menées dans le cadre du retard de diagnostic.

La présence de plusieurs anomalies associées sur le même examen peut être source de méprise, le radiologue peut considérer que sa mission est accomplie lors de la découverte d'une anomalie, alors qu'il en existe plusieurs simultanément (« satisfaction of search ») (7).

2. Les images concernées

Tous les types d'images peuvent être manquées lors de l'analyse des clichés, cependant les masses non décrites sont statistiquement plus fréquentes (70 %) que les microcalcifications (30 %) (8).

Les distorsions architecturales minimales, sont souvent subtiles et de détection difficile. Elles sont généralement de



Fig. 1a. Avril 2007
Dépistage individuel chez une patiente âgée de 43 ans (Cancer du sein chez la mère).
Compte-rendu radiologique (CR) : ganglion axillaire droit normal. ACR2
Pas d'échographie.

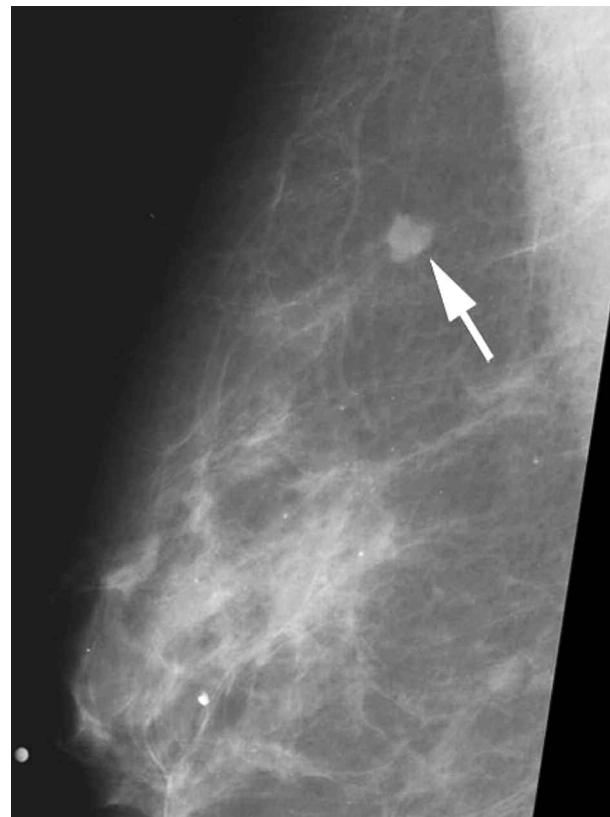


Fig. 1b. Mai 2008
CR : ganglion intra-mammaire connu et stable.
ACR2
Pas d'échographie complémentaire.
Le gynécologue contrôle les clichés et confirme le diagnostic.

petite taille, inférieure à 10 mm de diamètre principal, parfois visible sur une seule incidence, de localisations préférentielles mal accessibles, siégeant souvent en limite de la glande, dans les régions profondes du sein, le sillon sous-mammaire et en retrait de la plaque aréolaire. La vigilance du radiologue doit redoubler lors de l'analyse systématique, appliquée et comparative de ces zones pièges (9).

L'hyperdensité mammaire est responsable d'une perte de la performance diagnostique de la mammographie (10). Le dépistage est plus difficile en présence d'une densité glandulaire importante, classée BIRADS 3 ou BIRADS 4 de l'ACR. Cette densité glandulaire gênante est plus fréquente chez la femme jeune mais peut être également majorée lors de la prise du traitement hormonal substitutif. Dans tous les cas, la performance diagnostique est meilleure si l'examen est réalisé à l'aide d'un sénographe numérique plein champ (11). La réalisation d'une échographie mammaire complémentaire, par un opérateur entraîné, avec un appareil adapté est capitale, surtout en présence d'hyperdensité glandulaire, permet une détec-

tion de 15 % de lésions supplémentaires, non visibles sur les incidences standard de la mammographie (12).

II. ERREURS D'INTERPRÉTATION

Les interprétations erronées sont heureusement plus rares mais relèvent de plusieurs types qui représentent autant de pièges desquels le radiologue et le clinicien doivent se prémunir (13).

Trop souvent, il s'agit d'une masse ronde, régulière, faussement évocatrice de bénignité, que le radiologue n'exploré pas ou incomplètement. Plus rarement, la présence d'une opacité réniforme dans le prolongement axillaire, simulant un ganglion intra-mammaire, est à l'origine de l'erreur.

L'asymétrie glandulaire évoquant une variante anatomique est un autre piège, facilement évitable si l'on réalise une comparaison aux examens antérieurs, et si l'on pratique une échographie complémentaire, voire une IRM mammaire. Le risque de lésion maligne aug-

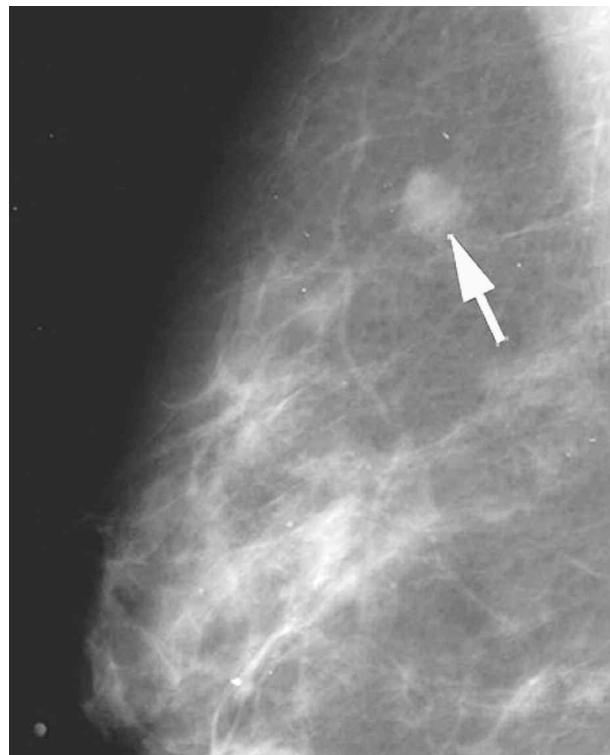


Fig. 1c Décembre 2009

CR : Opacité suspecte ACR4

Confirmation échographique.

Biopsie guidée : CCI grade 1, ganglion sentinelle négatif.

Traitements : tumorectomie & radiothérapie

Expertise : Faute de lecture sur l'examen de 1998 (opacité plus volumineuse : 11 mm contre 8 mm en 1997). La réalisation d'une échographie aurait probablement permis un diagnostic plus précoce. Perte de chance faible estimée à 10 %. Responsabilités partagées : radiologue 70 %, gynécologue : 30 %.

mentalement surtout en présence d'une distorsion architecturale ou de microcalcifications associées.

La stabilité trompeuse d'une anomalie dans le temps peut masquer un authentique cancer lentement évolutif, mais dont le pronostic pourrait être paradoxalement défavorable. Une tumeur de bas grade histologique peut en effet paraître stable sur plusieurs examens successifs. Aussi, en présence de toute ambiguïté radio-clinique, les indications à la biopsie doivent être larges.

Les examens complémentaires sont parfois réalisés, mais mal techniqués ou mal interprétés et peuvent se révéler faussement rassurants. Là encore, c'est l'expérience du médecin qui permettra d'éviter l'erreur. En cas de doute, le praticien ne doit pas hésiter à demander l'avis d'un confrère plus entraîné.

Certaines circonstances particulières peuvent réaliser de véritables pièges diagnostiques :

Une lésion développée sur un site opératoire peut simuler une distorsion d'origine cicatricielle.

Une masse inflammatoire dont l'évolution n'est pas contrôlée dans un délai court (3 à 4 semaines) et dissimulant un cancer en poussée évolutive.

Une masse apparue au décours d'un traumatisme du sein et simulant un hématome, dont la régression n'est pas vérifiée dans le temps.

Enfin, le compte-rendu de l'examen peut être la source d'erreurs, en particulier lorsque le radiologue ne respecte pas ses obligations réglementaires (14). Une classification BIRADS de l'ACR erronée, peut malheureusement inciter le clinicien à laisser évoluer une lésion alors qu'elle a été correctement dépistée. En cas de confusion dans la description de la lésion, de conduite à tenir non adaptée, ou de transmission défectueuse au médecin prescripteur, le tribunal statuera généralement sur une responsabilité partagée du radiologue et du clinicien.

P. TOUBIANA

III. EXPLORATION COMPLÉMENTAIRE INCOMPLÈTE

Il est surprenant de constater que dans de nombreux cas ayant entraîné une mise en cause de la responsabilité médicale, le dossier radiologique est incomplet, le radiologue ayant jugé inutile devant une anomalie radiologique, de poursuivre les investigations, qui auraient permis de poser le diagnostic.

Même en l'absence de prescription adaptée du clinicien, la réalisation de tout examen complémentaire nécessaire au diagnostic est de la responsabilité du radiologue, qui ne doit jamais se considérer comme un simple prestataire de service (15).

1. Circonstances rencontrées

L'absence d'interrogatoire, un examen clinique non réalisé ou incomplet, par le médecin traitant ou par le radiologue, en présence de symptômes et de signes subjectifs qui auraient pu susciter des explorations complémentaires, sont considérées comme autant d'erreurs fautives.

L'examen radiologique est parfois insuffisant. Les clichés de mammographie complémentaires, tels qu'un agrandissement ou un cliché localisé sous compression dosée, ne sont pas réalisés par négligence.

L'échographie mammaire complémentaire n'est pas réalisée alors qu'elle permettrait de redresser aisément le diagnostic, qui pourrait être évoqué sur la mammographie, en présence d'une opacité ronde, bien limitée, évocatrice de bénignité et simulant un kyste ou un adénofibrome, d'une asymétrie de densité non constitutionnelle, d'une anomalie visible sur une seule incidence, d'une image persistante sur les clichés complémentaires localisés ou agrandis (16).

Le radiologue peu expérimenté doit se méfier des images produites par les appareillages échographiques récents, pourtant performants, qui peuvent réaliser un aspect trompeur de lésion solide imitant une formation

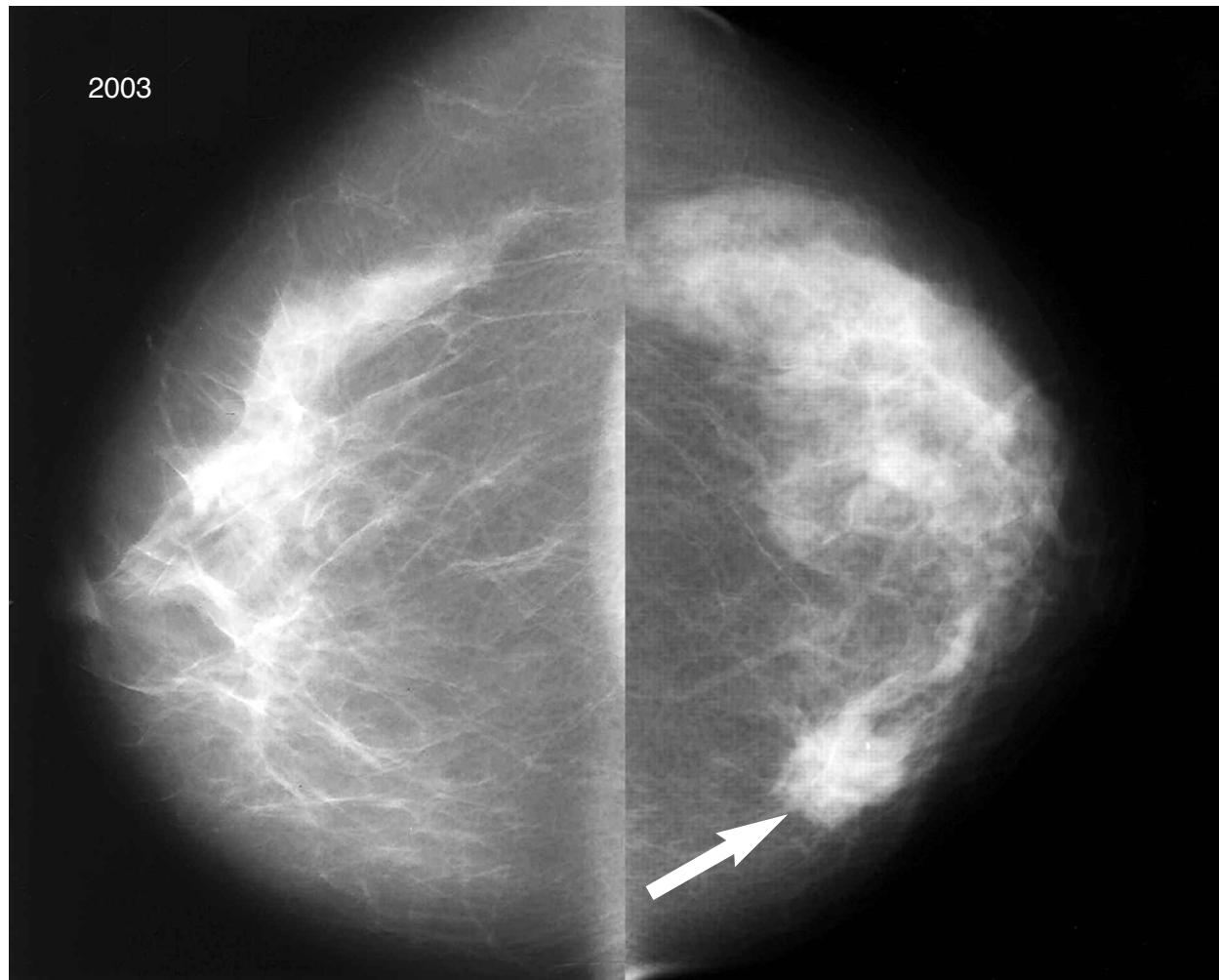


Fig. 2a Clichés de 2003.

Femme âgée de 53 ans, sous THS. Examen clinique : masse des quadrants internes du sein gauche.
CR : masse irrégulière du sein gauche classée ACR5
Biopsie : CCI grade 3, ganglion sentinelle indemne
Chimiothérapie néoadjuvante + Tumorectomie + radiothérapie
Plainte au TGI pour retard du diagnostic, reprochée au radiologue, au gynécologue et au médecin traitant.

liquidente anéchogène, du fait d'un réglage inadapté. Dans ces cas l'attention doit porter sur les contours de la lésion, le renforcement postérieur et la présence de vascularisation identifiée par l'étude en doppler couleur. En présence de seins denses, l'échographie est également indispensable de même lors d'un symptôme clinique sans traduction radiologique, réalisant une discordance (17).

Le radiologue doit savoir que la non réalisation d'un examen complémentaire pour des justifications médico-économiques n'est pas une raison recevable pour les instances judiciaires, et que le principe de précaution est assimilable à une obligation générale de prudence.

Parfois le radiologue réalise correctement le diagnostic de lésion suspecte ou ambiguë, mais ne fait pas réaliser

ser l'examen cytologique ou histologique indispensable ou encore c'est le médecin prescripteur qui estime l'examen inutile.

2. Scénario typique

Un tableau circonstancié particulier est plus fréquemment rencontré lors de nombreuses procédures. Il s'agit d'une femme jeune, âgée de moins de 40 ans, qui se découvre elle-même une masse ou qui décrit un symptôme inhabituel et inquiétant dans un sein (18). Le clinicien peut alors considérer l'anomalie comme non alarmante et ne prescrit pas les examens complémentaires nécessaires. Le radiologue abusé par l'âge de la patiente peut également commettre plusieurs erreurs : défaut de détection dans un sein dense, iden-





P. TOUBIANA

Fig. 2b Clichés de 1999 - Examen clinique normal - CR : Examen normal. ACR1.

tification de la masse à une lésion bénigne sans confirmation histologique, absence de suivi évolutif en cas de doute.

IV. EXPERTISE JUDICIAIRE

L'expertise judiciaire est réclamée lors d'une procédure engagée en vue d'une éventuelle indemnisation de la victime : en pratique libérale devant une juridiction compétente en droit civil (tribunal d'instance ou de grande instance), en cas d'exercice public, hospitalier, devant une juridiction relevant du droit administratif (tribunal administratif). La victime peut encore faire le choix de saisir la CRCI (Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux) mise en place par la loi du 4 mars 2002, lorsque les conditions de gravité de l'accident sont recevables (19). L'expertise représente toujours une expérience traumatisante pour le médecin mis en cause, qui devra se justifier devant la victime, sa famille, ses défenseurs et l'expert désigné, qui peuvent explicitement critiquer l'attitude d'un médecin jusque-là irréprochable.

Le but de l'expertise est de déterminer si le cancer n'était pas identifiable sur les mammographies incriminées ou s'il s'agissait d'un cancer visible et qui n'a pas été correctement dépisté.

L'expert doit vérifier, de façon contradictoire (c'est-à-dire en présence de toutes les parties), si la patient a bénéficié de soins non quelconques, mais conscients et attentifs et faire une évaluation de la faute *in abstracto* en comparant le comportement du radiologue et du médecin traitant à celui d'un médecin raisonnablement prudent et avisé selon un standard juridique de « bon père de famille ».

L'erreur ou le retard de diagnostic ne constituent pas en soi des fautes de nature à engager la responsabilité du médecin, dès lors qu'elles ne résultent pas d'une méconnaissance des données acquises de la science, au moment du diagnostic et à condition que le médecin ait mis en œuvre tous les moyens en sa possession pour parvenir au diagnostic, conformément code de déontologie médicale (20). Selon la jurisprudence, l'erreur de diagnostic non fautive est celle que tout professionnel diligent, commettait, dans les mêmes conditions.

Le médecin mis en cause doit pouvoir justifier de la qualité du matériel utilisé au moment du diagnostic,

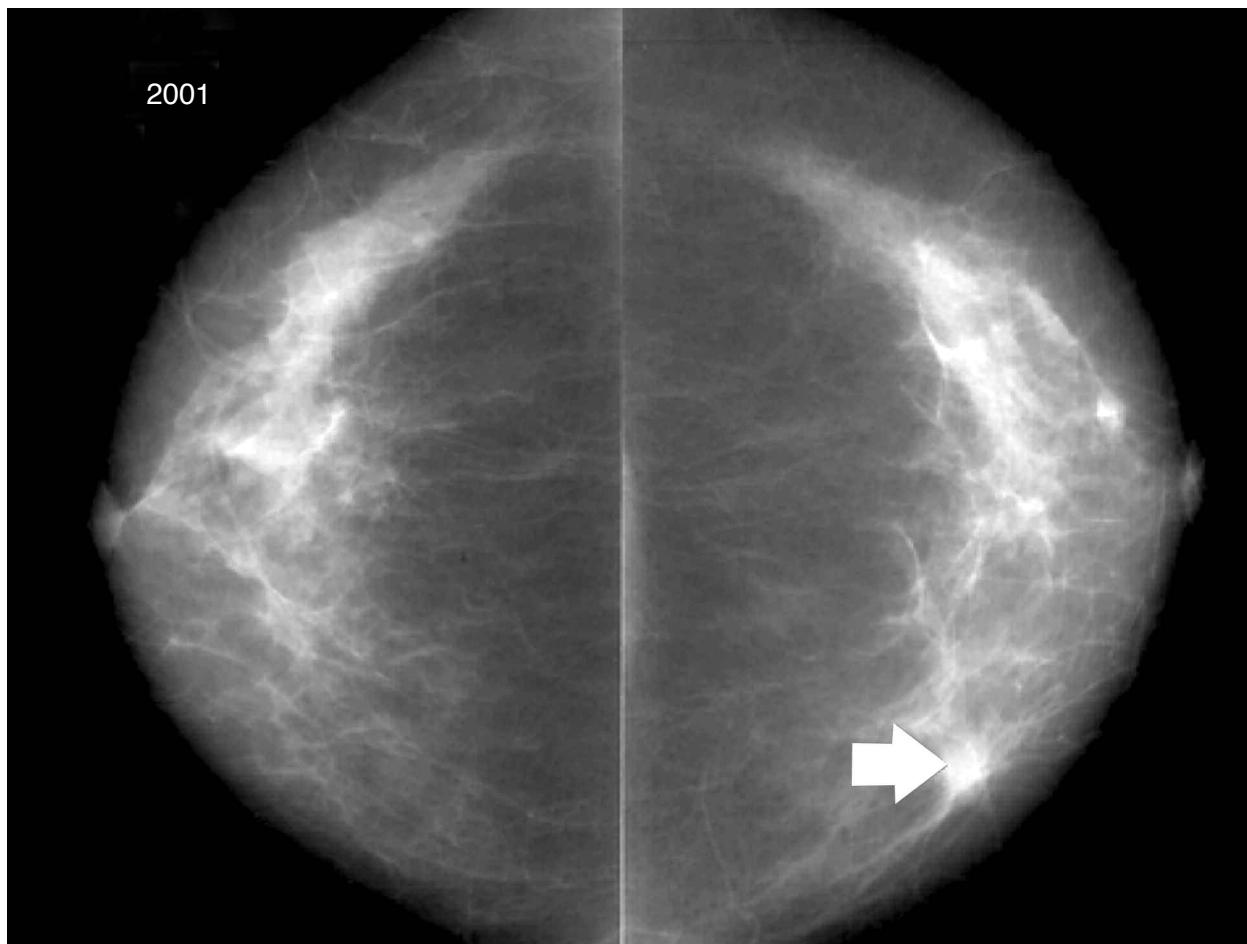


Fig. 2c Clichés de 2001. Examen clinique normal. CR : absence de lésion. ACR1. Comparaison aux précédents clichés non effectuée. Envoi du compte-rendu au gynécologue Nouvelle consultation chez le généraliste car pas de rendez-vous rapide chez le gynécologue, qui n'examine pas la mammographie et prescrit un THS.

Expertise :

Retard du diagnostic évalué à 2 ans, avec perte de chance de survie, perte de chance d'éviter la chimiothérapie (taille inférieure en 2001), perte de chance d'éviter une récidive.

Radiologue : faute pour lecture erronée / Généraliste : défaut d'information du risque du THS

Gynécologue : défaut de suivi évolutif

Responsabilités : 60 % radiologue, 20 % généraliste, 20 % gynécologue

en présentant les attestations de contrôle de qualité et les contrats de maintenance avec leurs rapports techniques. Il doit également communiquer son expérience dans le domaine de la sénologie (nombre annuel moyen de mammographies réalisées, formations professionnelles suivies, et assiduité aux enseignements post-universitaires) et ainsi démontrer que les soins prodigues sont conformes aux recommandations professionnelles publiées par les sociétés savantes compétentes (INCa, SFR, HAS, ANAES, CNGOF, FNMR...).

En examinant le dossier clinique et radiologique complet (ordonnances comprises), l'Expert doit ensuite tenter de faire la différence entre un cancer radiologiquement occulte et un authentique cancer raté, tra-

duisant la faute de négligence. Il ne doit pas perdre de vue qu'il est toujours plus facile d'identifier la lésion rétrospectivement sur des clichés plus anciens, lorsque l'on connaît son siège avéré.

Enfin l'expertise doit permettre d'évaluer une perte de chance, concept utilisé par la jurisprudence récente, reposant sur l'amélioration possible de l'état de la patiente en l'absence de retard de diagnostic.

CONCLUSION

L'analyse de la jurisprudence récente confirme l'augmentation croissante des procédures engagées contre





des radiologues et cliniciens en cas de retard de diagnostic du cancer du sein. En effet, un sondage récent montre que 70 % des patientes interrogées pensent que la sensibilité de la mammographie est proche de 100 %.

L'expertise médicolégale demandée par le Juge permet de mesurer l'amplitude de la perte de chance de guérison générée par le délai du diagnostic et d'estimer les responsabilités des médecins mis en cause. L'évaluation de la perte de chance reste toutefois difficile, la vitesse évolutive du cancer du sein étant très variable selon le type histologique et l'histoire clinique particulière de chaque patiente.

Lorsque l'Expert établit que la patiente a subi un examen complet et sérieux, le rejet de la demande de responsabilité fondée sur une erreur diagnostique est habituel. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Ordonnance 2001-270 du 28/03/2001 relative à la transposition de directives communautaires dans le domaine de la protection contre les rayonnements ionisants. www.legifrance.gouv.fr
- [2] Code de Déontologie Médicale : Titre I (Devoirs généraux des médecins) ; Titre II (Devoirs envers les patients) : articles 34 et 35 ; Titre III (Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé) : articles 60 et 64.
- [3] Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale Version 2013, mise à jour électronique. www.sfrnet.org
- [4] MORTON MJ, WHALEY DH, BRANDT KR, et al. Screening mammograms: interpretation with computer aided detection-prospective study. *Radiology* 2006;239:375-83.
- [5] THURJELL EL, LERNEVALL KA, TAUBE AAS. Benefit of independent double reading in a population-based mammography screening program. *Radiology* 1994; 191:241-244.
- [6] Société française de sénologie et de pathologie mammaire. Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein. Cahier des charges pour les radiologues 2006. www.senologie.com/
- [7] BERBAUM K. S., FRANKEN E.A., DORFMAN D.D. et al. Satisfaction of search in diagnostic radiology. *Invest Radiol* 25:133-140, 1990. 89.
- [8] BIRDWELL RL, IKEDA DM, O'SHAUGHNESSY KF, et al.. Mammographic characteristics of 115 missed cancers later detected with screening mammography and the potential utility of computer-aided detection. *Radiology* 2001 ; 219 : 192-202.
- [9] MAJID A.S., SHAW de PAREDES E. DOHERTY R. D., et al. Missed Breast Carcinoma: *Pitfalls and Pearls Radiographics* July 2003 23:4 881-895
- [10] CIATTO S, VISIOLI C, PACI E, et al. Breast density as a determinant of interval cancer at mammographic screening. *Br J Cancer* 2004;90:393-6.
- [11] PISANO ED, HENDRICK RE, YAFFE MJ et al. Diagnostic accuracy of digital versus film mammography: exploratory analysis of selected population subgroups in DMIST. *Radiology* 2008;246:376-83.
- [12] UCHIDA K, YAMASHITA A, KAWASE K, et al. Screening ultrasonography revealed 15% of mammographically occult breast cancers. *Breast Cancer* 2008;15(2):165-8.
- [13] BIRD R.E., WALLACE T.W., YANKASKAS B.C.: Analysis of cancers missed at screening mammography. *Radiology* 184:613-617, 1992
- [14] Groupe de travail SFR - Recommandations générales pour l'élaboration d'un compte rendu radiologique. *J Radiol* 2007; 88:304-6
- [15] HAZEBROUCQ V. La relation radiologue-patient revue sous l'angle de la jurisprudence judiciaire ou ordinaire. *Journal SRH-Info* 2013; 1:15-18.
- [16] TOUBIANA P. Échographie mammaire entre doutes et certitudes. *La Revue du praticien. Gynécologie et obstétrique* 2007 ; 118 : 30-35
- [17] SOO MS, ROSEN EL, BAKER JA, et al.. Negative predictive value of sonography with mammography in patients with palpable breast lesions. *Am J Roentgenol* 2001; 177 : 1167-70.
- [18] KERN KA. Causes of breast cancer malpractice litigation. A 20-year civil court review. *Arch Surg* 1992 ; 127(5) : 542-6.
- [19] Texte de la loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 Mars 2002, 54 ; 4118.
- [20] Code de déontologie médicale (art. 33, titre II).



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 SCHULIAR, 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 SCHULIAR*

III. Interventions et méthodologie de l'équipe DVI en Belgique - *Jean-Pol BEAUCHIER, François BEAUCHIER 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 cagette - *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 SCHULIAR*

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 SCHULIAR*

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*

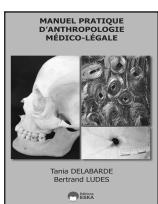
Annexes

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 BNPAFRPPPCE

Société / Nom, prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Fax : E-mail :



MORT SUBITE PAR EMBOLIE PULMONAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE : ÉTUDE DE DEUX CAS

*SUDDEN DEATH BY PULMONARY EMBOLISM
IN PREGNANCY WOMAN: STUDY OF TWO CASES*

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

M. ZRIBI¹, A. FRANCHI², D. MALICIER², T. GUINET², P. VACHER², G. MAUJEAN²

RÉSUMÉ

L'embolie pulmonaire (EP) est l'une des principales causes de mortalité maternelle dans les pays développés. Nous rapportons deux cas de femmes enceintes, âgées respectivement de 27 et 38 ans, autopsiées à l'institut de médecine légale de Lyon dans le cadre d'une mort subite de cause indéterminée. Le diagnostic d'embolie pulmonaire massive, posé dans les deux cas, a été confirmé par l'examen anatomopathologique. Nous n'avons pas mis en évidence de thrombose veineuse profonde au niveau des membres inférieurs dans les deux cas.

MOTS-CLÉS

Embolie pulmonaire, Grossesse, Autopsie médico-légale.

1. Service de médecine légale Sfax, Tunisie. malekzribi2004@yahoo.fr

2. Institut médico-légal, Université Claude Bernard, Lyon 1 France



SUMMARY

Pulmonary embolism (PE) is one of the main causes of maternal mortality in developed countries. We report two cases of, 27 and 38 years old, pregnant women, autopsied at the Institute of Forensic Medicine of Lyon in the context of a sudden death. The diagnosis of massive pulmonary embolism, identified in both cases, was confirmed by histological examination. We did not detect deep venous thrombosis in the lower members in both cases.

KEYWORDS

Pulmonary embolism, Pregnancy, Forensic autopsy.

INTRODUCTION

L'état d'hypercoagulabilité associé à la grossesse favorise la survenue d'évènements thromboemboliques [1]. L'embolie pulmonaire est fréquente pendant la grossesse et le post-partum [2]. Elle fait partie des premières causes de mortalité maternelle en France (près de 11% des décès maternels [2] soit à peu près cinq à dix décès maternel par an [1]). Selon les recommandations européennes, ces morts subites inexpliquées sont une indication à la réalisation d'une autopsie médico-légale [3].

OBSERVATIONS

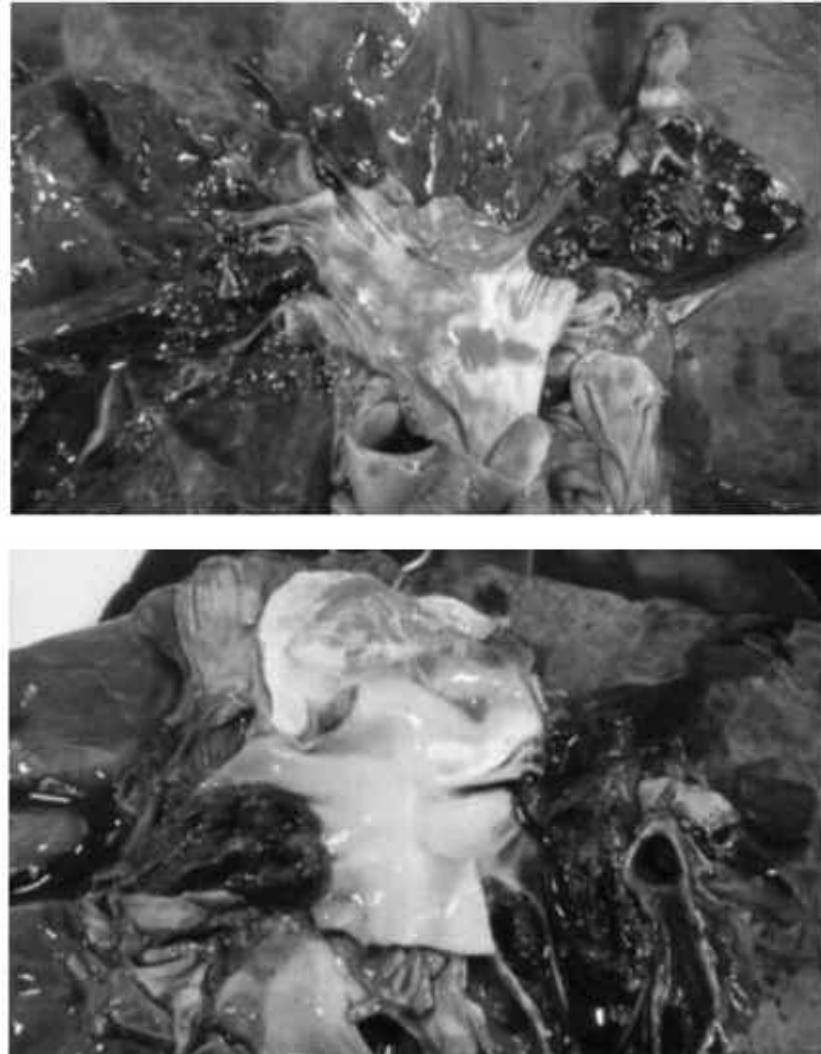
Nous rapportons deux cas de jeunes femmes âgées respectivement de 27 et 38 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers. La première, primigeste et primipare, était au terme de 5 mois d'une grossesse gémellaire. La deuxième, sixième geste, sixième pare et cinq enfants vivants non scolarisés, était enceinte de 8 mois. Les deux femmes ont fait l'objet d'une autopsie médico-légale pour mort subite inexpliquée. Il a été rapporté la notion de gêne respiratoire avec palpitations chez les deux femmes peu de

temps avant le décès, sans consultation médicale initiale.

Dans les deux cas, l'autopsie a mis en évidence une grossesse arrêtée intra-utérine, une embolie pulmonaire massive proximale bilatérale (figure 1) sans mise en évidence de thrombose veineuse profonde (TVP) au niveau des deux membres inférieurs, une cardiopathie (figure 2) dans les deux cas (dysplasie arythmogène du ventricule droit chez la première femme (a) ; cardiopathie hypertrophique bi-ventriculaire gradiquée chez la deuxième femme (b)) et l'absence d'éléments en faveur de l'intervention d'une tierce personne.

En ce qui concerne l'examen toxicologique, réalisé systématiquement à l'institut de médecine légale de Lyon, aucun xénobiotique n'a été mis en évidence.

L'examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic. Les poumons présentaient un aspect très oedémato-congestif avec quelques plages d'infarcissement au microscope. De plus, les caractéristiques du caillot étaient en faveur d'une formation ante mortem [4] : un aspect ferme avec friabilité à la manipulation, une surface terne, des dépôts adhérents à l'endothélium et des stries de Zahn correspondant à une striation fine en velours à côtes fines alternant des zones pâles constituées de plaquettes et de fibrine et des zones sombres constituées d'amas de globules rouges et de polynucléaires neutrophiles (figure 3).



M. ZRIBI, A. FRANCHI, D. MALICIER & COLL

Figure 1 : Aspect macroscopique de l'embolie pulmonaire massive bilatérale.

Un examen anatomo-pathologique des foetus a été effectué et aucune malformation ou autre pathologie n'a été mise en évidence pouvant expliquer le décès. Le médecin légiste a conclu, dans chaque cas, à une mort naturelle secondaire à une embolie pulmonaire massive.

DISCUSSION

L'incidence de la maladie thromboembolique dans un contexte de grossesse, dans la littérature internationale, varie de 0.76 à 1.72% [1] ce qui représente environ 5 à 12/10000 grossesses avant l'accouchement, soit 7 à 10 fois plus que dans une population témoin d'âge identique [5]. Les 2/3 des thromboses veineuses profondes surviennent dans la période de gestation, tandis qu'à l'inverse 45% à 60% des embolies pulmonaires surviennent autour de l'accouchement. Au

cours de la grossesse, l'incidence des thromboses veineuses profondes est 3 fois supérieure à celle des embolies pulmonaires. L'incidence de la maladie thromboembolique dans le post-partum est de 3 à 7 événements pour 10 000 accouchements, soit 15 à 35 fois l'incidence d'une population témoin [5]. L'EP est l'une des principales causes de mortalité pendant la grossesse. Il s'agit de la troisième cause directe de décès au Royaume-Uni, ainsi qu'en France [1].

En France, l'EP cause 11% des décès maternels [2]. Près de 30% des TVP et/ou des EP surviennent dès le premier trimestre de gestation [2].

Aux Etats-Unis, l'incidence de l'EP est de 600 000 cas par an [6]. Chez la femme enceinte, la prévalence de l'EP est 4 à 6 fois plus importante que chez la femme témoin ayant le même âge [6].

Dans 79 % des cas, l'EP résulte de la migration d'un thrombus veineux périphérique [7], provenant majoritairement de la jambe gauche. Le thrombus subit une lyse physiologique dans le lit artériel pulmonaire.



(a)



(b)



Figure 2 : Cardiopathies.

Sur le plan hémodynamique, l'obstruction artérielle pulmonaire induit une augmentation des résistances pulmonaires et donc une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP). L'HTAP est majorée par la sécrétion de facteurs humoraux (histamine, sérotonine, thromboxane A2) vaso- et bronchoconstricteurs [8]. L'HTAP constitue une augmentation de la postcharge ventriculaire droite et lorsque cette dernière est sévère, elle peut entraîner un shunt intracardiaque par ouverture d'un foramen ovale perméable [8].

Sur le plan respiratoire, on observe une altération des échanges gazeux avec installation d'une hypoxémie dû à un effet shunt (le sang pulmonaire est redistribué vers les zones saines, à l'origine d'une chute des rapports ventilation perfusion dans les zones non embolisées) et majorée en cas de bas débit cardiaque et/ou shunt intracardiaque (droit-gauche). Ceci est à l'origine d'une hyperventilation compensatrice.

De nombreux facteurs favorisent la thrombose lors d'une grossesse [2] et sont regroupés selon la triade de Virchow [1, 9] : tout d'abord, la stase veineuse due à

l'effet veino-dilatateur de la progestérone responsable d'une diminution de 50% du flux veineux des membres inférieurs au troisième trimestre de la grossesse, d'une distension des veines saphènes par l'augmentation de la pression intraveineuse [10], et d'une compression des veines iliaques par l'utérus gravide ; ensuite, des altérations vasculaires liées à l'accouchement (notamment lors de césarienne) ; enfin, un état d'hypercoagulabilité par augmentation des facteurs de coagulation circulants (I, II, VII, VIII, IX et X), baisse de l'activité des anticoagulants endogènes physiologiques, baisse du taux de protéine S, résistance acquise à la protéine C activée, baisse de l'activité fibrinolytique et augmentation des inhibiteurs de l'activateur du plasminogène [11, 12], pouvant se poursuivre jusqu'à six semaines après l'accouchement.

D'autres facteurs de risque de la maladie thromboembolique veineuse (MTE) pendant la grossesse sont bien démontrés, en particulier un âge supérieur à 35 ans qui double le risque de MTE [2], un accouchement par césarienne qui multiplie par trois le risque



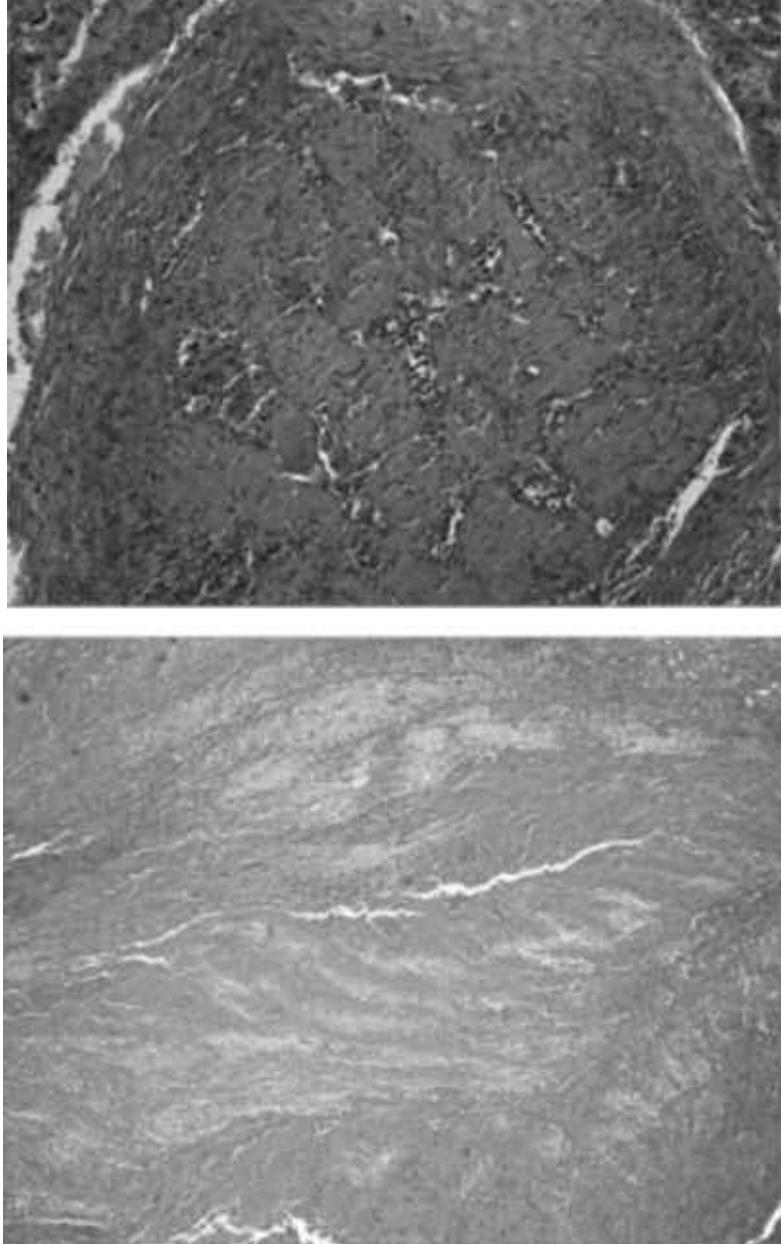


Figure 3 : Aspect microscopique du caillot pathologique.

de phlébite en post-partum par rapport à un accouchement par voie basse, d'autant qu'il s'agisse d'une césarienne en urgence [13].

Une thrombophilie héréditaire accentue le risque d'événements thromboemboliques [14]. Elle est retrouvée dans 50 % des MTE durant la grossesse [15]. Le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) multiplie le risque de MTE par 16 pendant la grossesse [16].

Le diagnostic d'EP est difficile à porter chez la femme enceinte, car les signes cliniques sont peu spécifiques. La dyspnée, la tachypnée, la tachycardie peuvent être considérées comme physiologique durant la grossesse [17]. Lors de l'autopsie, un volumineux caillot, allongé, replié sur lui-même et pelotonné, plissé et

tassé contre une bifurcation artérielle, parfois étendu en selle dans deux branches artérielles de division est mis en évidence. Ce caillot garde une consistance ferme, qui permet de l'extraire de l'artère pulmonaire, et en l'étirant, de lui rendre sa morphologie initiale. La surface du caillot embolique, n'est pas lisse mais toujours finement striée. De couleur sombre, noirâtre ou rouge-brun, l'embole a un diamètre qui varie de 4mm à plus de 1 cm. Sa longueur moyenne atteint une dizaine de centimètres. Il sera parfois difficile de différencier macroscopiquement l'embole du caillot post mortem non pathologique nécessitant systématiquement un examen anatomo-pathologique. Au microscope, le thrombus pathologique est formé d'une fine résille fibrineuse qui emprisonne des



masses d'hématies, avec de rares leucocytes et plaquettes, retrouvés à la même proportion que dans le sang circulant. Par ailleurs, l'examen du foetus par un anatomo-pathologique est systématique à la recherche de pathologies congénitales ou infectieuses.

CONCLUSION

L'EP est une pathologie fréquente et gravissime. Chez la femme enceinte, son diagnostic est difficile puisqu'aspécifique. Toute mort subite chez une femme enceinte doit faire l'objet d'une autopsie médico-légale selon les recommandations européennes. Macroscopiquement, le diagnostic d'EP est facilement mis en évidence mais l'examen anatomo-pathologique est essentiel pour le confirmer, notamment en identifiant les caractéristiques du caillot sanguin pathologique ante mortem. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Lonjaret L, Lairez O, Minville V, Bayoumeu F, Fourcade O, Mercier F.J. Embolie pulmonaire et grossesse. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 32, 2013, 257-266.
- [2] Parent F. Embolie pulmonaire et grossesse. *Le Praticien en anesthésie réanimation*, 2008, 12, 92-98.
- [3] Comité des ministres aux états membres, « Recommandations N° R (99) 3 relative a l'harmonisation des règles en matière médico-légale », 2 fevrier 1999.
- [4] Vaideeswar P, Divate S. et Harke M., « Intracardiac thrombi in extracardiac disorders : an autopsy study », *Cardiovascular Pathology*, n° 21, pp. 1-9, 2012.
- [5] Monsuez J.F, Aupetit J.F. Une embolie pulmonaire en fin de grossesse. *AMC pratique*, 186, 2010, 23-25.
- [6] Jonathan R. Cogley, Peter M. Ghobrial, Bharanidhar Chandrasekaran, Steven B. Allen. Pulmonary embolism evaluation in the pregnant patient: A review of current imaging approaches. *Semin Ultrasound CT MRI*, 2012, 33, 11-17.
- [7] Tapson VF. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2008, 358, 1037-52.
- [8] Elliott CG. Pulmonary physiology during pulmonary embolism. *Chest*, 1992, 101, 163S-71S.
- [9] Luis Ferreira Dos Santos, Claudia Andrade, Bruno Rodrigues and al. Pregnancy and acute pulmonary embolism: A case report. *Rev Port Cardiol*, 2012, 31, 389-394.
- [10] Weinberger SE, Weiss ST, Cohen WR and al. Pregnancy and the lung. *Am Rev Respir Dis*, 1980, 121, 559.
- [11] Spritzer CE, Evans AC, Kay HH. Magnetic resonance imaging of deep venous thrombosis in pregnant women with lower extremity edema. *Obstet Gynecol*, 1995, 85, 603.
- [12] Turkstra F, Kuiper PM, Van Beek EJ and al. Diagnostic utility of ultrasonography of leg veins in patients suspected of having pulmonary embolism. *Ann Intern Med*, 1997, 126, 775.
- [13] Macklon NS, Greer IA. Venous thromboembolic disease in obstetrics and gynaecology: the Scottish experience. *Scott Med J* 1996, 41(3), 83-6.
- [14] Gerhardt A, Scharf RE, Beckmann MW, Struve S, Bender HG, Pillny M, et al. Prothrombin and factor V mutations in women with a history of thrombosis during pregnancy and the puerperium. *N Engl J Med* 2000, 342, 374-80.
- [15] Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 1999, 353, 1167-73.
- [16] James AH, Jamison MG, Brancazio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2006, 194, 1311-5.
- [17] Lewis E, Stacey MR. Cardiorespiratory symptoms in pregnancy: not always pulmonary embolism. *Int J Obstet Anesth* 2007, 16, 189-90.

SÉQUELLES SURPRENANTES À LA JAMBE APRÈS UNE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

DAMAGES LEG AFTER PLASTIC SURGERY

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

D. SI HADJ¹, O. BOUZENADA¹, M.S. LAIDL¹

RÉSUMÉ

Responsabilité professionnelle des chirurgiens plastiques.

MOTS-CLÉS

Responsabilité, Chirurgien plasticien, Dystrophie mammaire.

SUMMARY

During our practice as experts, we were appointed to examine a woman who had suffered injury during a plastic surgery she underwent in a private hospital for a breast dystrophy. The authors of this examination report herein the medical facts, the mission entrusted by the magistrate and the examination results that point out those responsible for these medico-surgical detrimental facts.

KEYWORDS

Responsibility, Plastic surgeon, Breast dysmorphia.

A - INTRODUCTION

Au cours de notre exercice expert, la section civile du Tribunal d'Alger nous a désigné pour expertiser la nommée F... FATHIHA, qui a subi un dommage corporel lors d'une intervention chirurgicale pratiquée dans une clinique privée pour une dystrophie mammaire.

Il arrive parfois qu'au cours d'une intervention chirurgicale survienne un dommage corporel résultant :

- soit d'une défaillance du matériel utilisé par le médecin ;
- soit d'une erreur ou une faute commise par le médecin ou le personnel soignant.

Ces situations mettent en jeu la responsabilité médicale des praticiens.

B - LES FAITS CLINIQUES

Selon le dossier médical ; la patiente âgée de 44 ans, divorcée, sans enfants, chargée d'études dans une banque, a été hospitalisée dans une clinique privée pour plastie d'une dystrophie mammaire. Admise au bloc opératoire, l'instrumentiste exerçant à la clinique, branche le bistouri électrique et applique une plaque sous le mollet droit de la patiente pour éviter l'électrisation. L'intervention s'est bien déroulée. Au réveil, la patiente ressent une douleur atroce au niveau du mollet droit.

Le chirurgien constate une brûlure du 3^e degré avec nécrose sèche. Un parage chirurgical de la brûlure a été effectué et la patiente a été orientée vers le service des brûlés où elle a été traitée et suivie durant cinq mois.

C - LA MISSION D'EXPERTISE CONFIEE PAR LE MAGISTRAT

- Examiner la patiente,
- Evaluer l'ITT, l'IPP et les différents préjudices.

D - L'EXPERTISE A OBJECTIVE QUE

1. L'agent causal du préjudice corporel est un bistouri électrique constitué :

- D'une électrode active pour sectionner les tissus et coaguler les vaisseaux.
- D'une électrode passive qui est toujours correctement fixée sur le mollet du patient.
- Et d'une pédale commandée par le chirurgien.

2. La brûlure par bistouri électrique est un accident rarement rapporté dans la littérature. Cette brûlure reste grave par sa profondeur et sa localisation ainsi que par sa survenue dans un contexte opératoire dont les causes sont les suivantes :

- Une plaque défectueuse ou détériorée avec une mauvaise conduction.
- Une plaque non compatible avec le bistouri.
- Une mauvaise adhésion de la plaque sur la peau du mollet.
- 3. Les différentes séquelles retrouvées : trophiques inesthétiques visibles au niveau du mollet droit, orthopédiques, parésthésiques et psychiques.

E - DISCUSSION

En ce qui concerne le cadre juridique et la responsabilité qui en découle :

- La patiente est en relation contractuelle avec le praticien libéral, qui lui est lié par un contrat de prestation de service à une clinique privée qui lui fournit : le personnel (anesthésiste et soignants) et le matériel médical.
- Ceci nous amène à poser deux questions :

- ✓ Quelles sont les obligations de la clinique ?
1. Mettre à la disposition du chirurgien contractant un personnel compétent.
- 2. Et du matériel en bon état de fonction.

- ✓ Quelles sont les obligations du chirurgien ?

- 1. Examiner, explorer, poser un diagnostic, proposer un traitement, informer le malade et obtenir un consentement éclairé.
- 2. Aussi l'obligation de donner à sa patiente des soins consciencieux et attentifs conformes aux données actuelles de la science et de procéder à toutes les vérifications utiles et nécessaires avant d'utiliser le bistouri électrique. Surtout du bon emplacement de cette plaque, ne serait-ce que par questionnement de l'instrumentiste.

- ✓ Dans ce cas clinique, nous constatons qu'il y a manquement :

- 1. Aux obligations de la clinique à fournir :
 - Un personnel (bien formé et compétent).
 - Et du matériel en bon état de marche.
- 2. Et aux obligations du chirurgien à savoir :
 - Vérifier le bon emplacement de la plaque au niveau du mollet, le bon état du câble électrique et de la plaque du bistouri.

- Ces manquements engagent la responsabilité de la clinique et du chirurgien. Il s'agit d'une responsabilité partagée.

F - CONCLUSION

L'acte médico-chirurgical est très complexe et fait appel à plusieurs intervenants.

Chacune de ces étapes à des exigences de moyens et de sécurité et chaque acteur à ses obligations propres : de moyens et de résultats dans le domaine de la chirurgie esthétique.

Dans notre cas, la plastie mammaire a atteint ses objectifs permettant ainsi à la patiente à vivre sereinement et sans complexe sa féminité.

Mais la survenue de la brûlure de sa jambe droite compromet de nouveau l'image du corps et remet en question sa féminité.

Dans ce cas clinique, chirurgien libéral et clinique privée liés par un contrat de prestation de service, engagent leur responsabilité civile partagée, compte tenue des manquements constatées. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Arrêt du 23 Juin 2006 - cour d'appel de PARIS.
 Code de déontologie Algérien (décret exécutif 92/276 du 8 Janvier 1992).
 Contrat de prestation de service - Alger 24/11/1998.
 MALICIER D., MIRAS A., FEUGLET P., FAIVRE P. (édition Alexandre Lacassagne) Responsabilité médicale : données actuelles.
 La responsabilité médicale éditions techniques, juris – classeur 1993.
 Loi 85-5 du 16 Février 1985 de la protection et de la promotion de la santé en droit médical algérien.

D. SI HADJ, O. BOUZENADA, M.S. LAIDL

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 978-2-7472-2502-1 — eISBN 978-2-7472-2503-8

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 Médicus, 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 reproducibles 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.**