

N°4, 2017, Vol. 60  
Issue 4, 2017, Vol. 60

JOURNAL DE  
MEDECINE LEGALE  
DROIT MEDICAL  
VICTIMOLOGIE  
DOMMAGE CORPOREL  
*Expertise - Déontologie - Urgences*  
JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

### 3 LA MÉDECINE LÉGALE ET LE MÉDECIN LÉGISTE VUS SOUS LE PRISME DE LA PHILOSOPHIE

*THE FORENSIC MEDICINE AND THE  
FORENSIC PATHOLOGIST VIEWED  
THROUGH THE PRISM OF PHILOSOPHY*

**GEOFFROY LORIN DE  
LA GRANDMAISON**

### 13 CANNABIS ET TOXICOLOGIE MÉDICO-LÉGALE

*CANNABIS AND FORENSIC TOXICOLOGY*

**JEAN-MICHEL GAULIER**

### 19 ÉTUDE DES ATTENTES DES PATIENTS RELATIVES À L'INFORMATION DÉLI- VRÉE PAR LES MÉDECINS EN CÔTE D'IVOIRE

*STUDY OF PATIENTS' EXPECTATIONS  
REGARDING INFORMATION DELIVERED BY  
DOCTORS IN CÔTE D'IVOIRE*

**K. BOTTI, KMEV. EBOUAT, M. DJODJO,  
Z. KONATE, GJEA. DJODIRO  
& H. YAPO ETTE**

### 25 EXPERTISE EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE. ÉTUDE DU FONDEMENT DE LA VÉRITÉ EXPERTALE : FACTEURS DE MIS EN CAUSE EN CHIRURGIE DU RACHIS DANS

N°2, 2017, Vol. 2 de la série A  
Issue 2, 2017, Vol. 2 of the series A

JOURNAL DES INSTITUTS DE MÉDECINE LÉGALE  
SÉRIE "A" DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE  
A SERIES "A" OF THE FRENCH JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE  
FORENSIC MEDICINE INSTITUTES JOURNAL

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

### UN CONTENTIEUX EN RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

*EXPERT ASSESSMENTS IN MEDICAL LIABILITY. STUDY OF THE BASIS OF EXPERT TRUTH: FACTORS OF BLAME IN SPINAL COLUMN SURGERY IN A DISPUTE OVER COMPENSATION FOR PHYSICAL INJURY*

**S. HALLOUT**

### 39 LE TEXTILOME : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIFFICULTÉS DIAGNOS- TIQUES ET IMPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES : À PROPOS DE 5 CAS

*TEXTILOMA: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS,  
DIAGNOSTIC PITFALLS AND FORENSIC  
IMPLICATIONS: ABOUT 5 CASES*

**MA. MESRATI, O. TOUMI, O. HMANDI,  
S. JABRA, R. HADHRI, N. HADJ SALEM,  
A. ISSAOUI, F. NOOMEN, AF.  
ZAKHAMA, A. CHADLI & A. HAMD**

### 45 DÉLIVRANCE DE L'INFOR- MATION AUX PATIENTS : CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MÉDECINS EN CÔTE D'IVOIRE

*PROVISION OF INFORMATION TO  
PATIENTS: KNOWLEDGE AND ATTITUDES  
OF DOCTORS IN CÔTE D'IVOIRE*

**K. BOTTI, M. DJODJO, KMEV. EBOUAT,  
Z. KONATE, GJEA. DJODIRO  
& H. YAPO ETTE**

SOMMAIRE  
CONTENTS

N°4, 2017, Vol. 60  
Issue 4, 2017, Vol. 60

JOURNAL DE  
MEDECINE LEGALE  
DROIT MEDICAL  
VICTIMOLOGIE  
DOMMAGE CORPOREL  
*Expertise - Déontologie - Urgences*  
JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE

N°2, 2017, Vol. 2 de la série A  
Issue 2, 2017, Vol. 2 of the series A

JOURNAL DES INSTITUTS DE MÉDECINE LÉGALE  
SÉRIE "A" DU JOURNAL DE MÉDECINE LÉGALE  
A SERIES "A" OF THE FRENCH JOURNAL OF FORENSIC MEDICINE  
FORENSIC MEDICINE INSTITUTES JOURNAL

COLLOQUE DE MÉDECINE LÉGALE  
DOMMAGE CORPOREL  
ACTUALITÉS MÉDICO-LÉGALES  
Lyon-France, 2016  
SYMPOSIUM OF FORENSIC MEDICINE  
BODILY DAMAGE  
FORENSIC NEWS

**51**  
DISSIMULATION DES TROU-  
BLES PSYCHIATRIQUES  
PAR UNE EXPRESSION  
SOMATIQUE  
CONCEALMENT OF PSYCHIATRIC  
DISORDERS BY SOMATIC EXPRESSION  
FRANÇOIS DANET

**57**  
LES TROUBLES DE L'ORALITÉ  
(TO) DU NOURRISSON OU  
TROUBLE DES CONDUITES  
ALIMENTAIRES (TCA)  
ORALITY DISORDERS IN INFANTS OR  
DISORDERS OF EATING BEHAVIOUR  
ALAIN LACHAUX

**61**  
LA JURIDICTION ADMINIS-  
TRATIVE FRANÇAISE ET LA  
MÉDIATION  
FRENCH ADMINISTRATIVE JURISDICTION  
AND MEDIATION  
JEAN-MARC LE GARS

**67**  
BITUME ET CANCERS :  
PROBLÈMES MÉDICO-  
JURIDIQUES  
BITUMEN AND CANCER: MEDICO-LEGAL  
PROBLEMS  
MAÎTRE JEAN-JACQUES RINCK

**71**  
APPROCHE MÉDICO-LÉGALE  
DES PRÉJUDICES SEXUELS  
FORENSIC APPROACH TO SEXUAL HARM  
MAÎTRE JACQUES VITAL-DURAND

**73**  
LE SERVICE DU CONTRÔLE  
MÉDICAL DE L'ASSURANCE  
MALADIE  
HEALTH INSURANCE MEDICAL CONTROL  
DEPARTMENT  
GILLES MANUEL

**77**  
LA VULNÉRABILITÉ DANS LE  
PROCESSUS DU DROIT D'ASILE  
VULNERABILITY IN THE PROCESS OF RIGHT  
TO ASYLUM  
JOSEPH BIOT

**79**  
IMPLANTOLOGIE DENTAIRE :  
RISQUES ET BÉNÉFICES  
DENTAL IMPLANTOLOGY: RISKS AND BENEFITS  
MIGUEL ASIN

**86**  
RECOMMANDATIONS  
AUX AUTEURS  
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

**3<sup>e</sup> de couverture / 3<sup>rd</sup> of Cover**  
BULLETIN D'ABONNEMENT  
SUBSCRIPTION FORM

# LA MÉDECINE LÉGALE ET LE MÉDECIN LÉGISTE VUS SOUS LE PRISME DE LA PHILOSOPHIE

## *THE FORENSIC MEDICINE AND THE FORENSIC PATHOLOGIST VIEWED THROUGH THE PRISM OF PHILOSOPHY*

Par **Geoffroy LORIN DE LA GRANDMAISON\***

### RÉSUMÉ

La médecine légale, par son rapport particulier à la mort, à la souffrance et à la violence est un domaine de la médecine de nature à susciter des interrogations philosophiques récurrentes qui ne se limitent pas seulement au champ de l'éthique médicale où elle est habituellement cloisonnée. Chacune des principales conceptions de la médecine légale nourrit une réflexion philosophique qui lui est propre, que l'on considère cette discipline comme la médecine au service de la justice, la médecine des violences ou la médecine des morts. Le médecin légiste, quant à lui, est un médecin à part, à la fois en quête de savoir, de reconnaissance et de sens. La place de l'interrogation philosophique chez le médecin légiste mériterait d'être davantage développée, la quête de sens devant primer sur les autres quêtes, en particulier dans des situations historiques critiques. Cette quête de sens peut se nourrir de philosophies qui aident le médecin légiste à être animé d'un esprit à la fois de justice et de vérité sans lequel son métier perdrait sa valeur essentielle. Elles peuvent aussi lui être d'un grand secours afin de développer une éthique professionnelle rigoureuse où il soit contraint de soumettre son action à des hiérarchies objectives de valeurs et rester indépendant de ses intérêts subjectifs momentanés. Il convient de

privilégier les philosophies acceptant les énigmes de l'existence et qui refusent les systèmes, un monde systématisé débouchant sur un monde déshumanisé.

### MOTS-CLÉS

Philosophie, Médecine légale, Violence, Mort, Souffrance.

### ABSTRACT

*Forensic medicine, by its special relationship with death, suffering and violence is an area of medicine which can generate recurring philosophical questions that are not only limited to the field of medical ethics, in which it is usually compartmentalized. Each of the main concepts of forensic medicine feeds its own philosophical thought, as we consider this discipline as medicine to the service of justice, medicine of violence or medicine of dead people. The forensic physician, meanwhile, is a physician aside, both in search of knowledge, recognition and meaning. The place of philosophical questioning by the forensic physician deserves to be further developed, the search for meaning needs to prevail over the other quests, especially in critical historical situations. This search for meaning can feed philosophies that help the forensic physician to be animated by a spirit of both justice and truth without which his work would lose its essential value. They can*

\* Chef de service, Service d'anatomie pathologique et de médecine légale, Hôpital Raymond Poincaré, 104, Boulevard Raymond Poincaré, 92380 Garches, France.  
e-mail : g.lorin@aphp.fr

*also be of a great help for him to develop a rigorous professional ethics in which he may be forced to submit his action to objective hierarchies of values and remain independent of his momentary subjective interests. It would be suitable to prefer philosophies accepting the riddles of existence and refusing systems, a systematized world leading to a dehumanized world.*

## KEYWORDS

*Philosophy, Forensic medicine, Violence, Death, Suffering.*

## INTRODUCTION

Il existe une relation étroite entre médecine et philosophie. La réflexion philosophique intervient en effet souvent dans les situations médicales les plus délicates ou peut être suscitée par la nature même de certaines maladies, notamment neurologiques [1]. La médecine légale, par sa singularité d'exister dès lors que le droit interroge la médecine mais aussi par son rapport particulier à la mort, à la souffrance et à la violence (rapport bien sûr non exclusif, pouvant être vécu dans le quotidien de tout médecin, notamment dans certaines spécialités comme la cancérologie ou la psychiatrie) est un domaine de la médecine de nature à susciter des interrogations philosophiques récurrentes qui ne se limitent pas seulement au champ de l'éthique médicale où elle est habituellement cloisonnée. Nous nous proposons donc de les développer, à la fois celles soulevées par les différentes conceptions envisageables de la médecine légale et celles qui sont propres au médecin légiste et à l'exercice de la médecine légale.

## 1. MÉDECINE LÉGALE ET PHILOSOPHIE

Trois conceptions distinctes de la médecine légale peuvent être envisagées : La médecine au service de la justice, la médecine des violences et la médecine des morts. Chacune d'elles nourrit une réflexion philosophique qui lui est propre.

### 1.1. Médecine au service de la justice

La médecine légale a pour principale fonction d'apporter à l'institution judiciaire des informations médicales permettant d'apprécier des faits criminels ou

délictueux. Ce service à la justice sous-entend une implication du médecin très forte, proche du dévouement, au cours de laquelle il devient auxiliaire du juge. L'intervention du médecin légiste (mais aussi des autres experts) est motivée par la nécessité de fonder la preuve de la culpabilité de l'accusé sur des critères médico-scientifiques. Ce spécialiste doit donc mettre tout en œuvre en fonction des données actuelles de la science pour éclairer le juge et aider à la manifestation de la vérité judiciaire. En Droit, la recherche du vrai est indissolublement liée à celle du juste, une décision fondée sur le mensonge ou l'erreur ne pouvant être juste [2]. Cette correspondance entre vérité et justice est affirmée avec force dans les textes védiques de la tradition indienne : « Ce qui est justice, cela est vérité. C'est pourquoi, quand quelqu'un dit la vérité, on dit : « Il est juste. » Et quand quelqu'un dit la justice, on dit : « Il est vrai. » C'est que réellement la justice et la vérité sont la même chose » [3]. Dans le prolongement de cette analogie, Simone Weil (1909-1943) recommande ainsi pour garantir l'impartialité des juges en dehors de leur indépendance totale une éducation avant tout spirituelle, afin qu'ils soient accoutumés à aimer la vérité [3].

Dans le cadre d'une affaire criminelle, la décision judiciaire suppose la production d'une histoire qu'il faut corriger, reformuler, affiner sans cesse [4]. Le procès pénal est le moment clé de la mise en récit de l'affaire. Les questions posées au médecin légiste notamment en cour d'assises visent à fabriquer un récit des faits compatible avec le discours scientifique [4]. Si la vérité judiciaire s'inscrit dans une logique binaire en raison de la conclusion nécessaire et autoritaire du procès, elle s'inscrit dans une logique fondamentalement « dialectique » dans son processus de manifestation [5]. La vérité ainsi produite résulte d'un choix entre des versions des faits, des qualifications juridiques, des interprétations et des conclusions potentielles qui bien que souvent opposées pouvaient être les unes et les autres rationnellement « défendables » [5]. A la différence de la vérité scientifique qui, à l'exception des jugements purement analytiques, concerne des jugements de réalité, la vérité judiciaire concerne, en tant que telle, des jugements normatifs, même si ceux-ci sont partiellement fondés sur des jugements de réalité [5]. La part des jugements de réalité sur lesquels se fonde la décision judiciaire peut ainsi demeurer relativement réduite [5]. L'expertise médico-légale n'en demeure pas moins essentielle dans la mesure où elle pèse à charge et à décharge sur les hypothèses de la vérité judiciaire et limite l'arbitraire du juge [6]. Dans le meilleur des cas, elle peut dissiper le flou d'une affaire judiciaire en plaçant la justice dans le registre de la certitude [6]. Dans le même temps, il est impératif que le médecin légiste soit conscient des limites de ses propres jugements de réalité qu'il valide dans ses rapports d'expertise. A l'issue d'une autopsie, le mode médico-légal de décès



demeure ainsi indéterminé dans un pourcentage significatif de cas (11,5 % des cas) [7]. Le médecin légiste peut être par ailleurs confronté à des questions complexes qui lui sont soumises lors de l'instruction ou en cour d'assises et pour lesquelles il n'a pas toujours de réponse certaine. Ces questions sont d'autres limites tangibles qui montrent que le problème fondamental pour le médecin expert est bien de situer la frontière entre le doute et la certitude [8]. A cet effet, il peut s'aider de la notion de preuve suggérée par David Hume [9]. Selon ce philosophe, il s'agit d'un type d'argument tiré de la relation cause-effet (donc de l'expérience), mais qui est complètement délivré du doute et de l'incertitude. Il propose cette notion de preuve dans les situations de probabilités élevées, qui équivalent selon lui à une certitude pour la vie pratique [9]. Les données d'études expérimentales validées dans les publications scientifiques médico-légales ne sont toutefois pas toujours extrapolables au cas de l'affaire jugée pour laquelle l'avis du médecin légiste est sollicité. Dans tous les cas, ces questions délicates posées au médecin légiste l'invitent à faire des progrès dans son domaine de connaissance. Ce savoir aura pour but la vérité, même si cette vérité de fait n'est jamais durable mais partielle et provisoire et qu'on s'attend à la remplacer par d'autres, plus exactes, au fur et à mesure que progresse le savoir [10].

## 1.2. Médecine des violences

La médecine légale est aussi la médecine de toutes les situations de violence, concernant le vivant ou le mort, en matière de violences volontaires, dont en premier chef les homicides, de faits accidentels et de comportements auto-agressifs dont font partie les suicides.

L'examen quotidien des victimes de violence est de nature à soulever des réflexions sur le phénomène de la violence. Le médecin légiste en perçoit la réalité intime, qu'il s'agisse des conséquences d'une hétéro ou d'une auto-agressivité. La violence peut être révélatrice d'une souffrance extrême que l'individu n'arrive pas à exprimer par des mots. Elle peut s'inscrire dans le refus de l'altérité et du dialogue avec autrui. « La violence est incapable de parole » selon la philosophe Hannah Arendt [11]. Il existe plusieurs conceptions philosophiques relatives aux sources de la violence chez l'homme. Pour Thomas Hobbes, les hommes sont en guerre perpétuelle de tous contre tous lorsqu'ils sont en dehors de la société, c'est-à-dire à l'état de nature [12]. Georg Wilhelm Friedrich Hegel envisage la violence du point de vue du rapport à autrui et de l'intersubjectivité, explicitée dans sa dialectique du maître et de l'esclave [13]. Pour Hegel, le véritable objet du désir, celui qui assurerait la réalité durable de la conscience, ne peut être qu'une autre conscience. La difficulté est qu'une conscience deve-

nant objet du désir se trouve réifiée, transformée en chose : il y a là une source d'affrontement et de violence entre deux consciences qui se désirent et se réifient mutuellement [13]. Dans l'affrontement, chacune veut être reconnue comme conscience, alors que l'autre veut la transformer en objet. Pour Hegel, toute conscience dans son désir tend à réifier autrui et la violence est inévitable dans cette lutte pour la reconnaissance [13]. René Girard a, quant à lui, développé l'idée que la source de la violence est le désir mimétique [13]. Le sujet désire l'objet parce que le rival lui-même le désire. Le mouvement d'imitation du désir engendre ainsi la violence, dont la source est cette rivalité pour la possession d'un même objet [13]. Ces conceptions philosophiques soulèvent la question de savoir si l'homme est violent par nature ou non. Selon le philosophe Eric Weil, « la raison est une possibilité de l'homme : possibilité, cela désigne ce que l'homme *peut*, et l'homme peut certainement être raisonnable, du moins vouloir être raisonnable. Mais ce n'est qu'une possibilité, ce n'est pas une nécessité, et c'est la possibilité d'un être qui possède une autre possibilité. Nous savons que cette autre possibilité est la violence » [14]. De son point de vue, la violence relève davantage d'une potentialité existante dans la nature de l'être humain. Pour cet auteur, la philosophie se pose comme refus de la violence, choix de la libre discussion et de la raison, entrée dans le dialogue et non pas affrontement des forces [13]. En matière de violence interpersonnelle, il existe une suspension de la relation humaine de l'homme à l'homme. Ce qui fait dire à la philosophe Simone Weil que « la force, c'est ce qui fait de quiconque lui est soumis une chose. Quand elle s'exerce jusqu'au bout, elle fait de l'homme une chose au sens le plus littéral, car elle en fait un cadavre » [15]. La force possède par nature le pouvoir de transformer les hommes en choses [15]. La déshumanisation réifiante de l'autre avant que ne se forme même le projet de tuer est ainsi une condition essentielle de l'homicide [16]. La domination du corps de l'autre par la force a pour corollaire le sentiment d'impuissance et le sentiment de honte devant son impuissance éprouvés par la victime, qui sont reliés entre eux par le biais du déni de la personne en tant qu'individu [17].

Ainsi, l'une des tâches essentielles du médecin légiste est de tenter de redonner de l'humanité à la victime qu'il examine dans un processus de resubjectivation. L'écoute bienveillante et empathique est une démarche de réparation essentielle pour une victime qui consulte dans une Unité Médico-Judiciaire. Dans le domaine de la médecine légale thanatologique, le cadavre conserve un statut d'objet scientifique pendant la durée de l'autopsie, afin que le médecin légiste évacue toute émotion et puisse ainsi conserver une objectivité maximale tout le long de l'examen. Mais dans le même temps, le médecin légiste cherche à être le garant et le témoin fidèle des derniers instants de la

personne décédée. L'expression devenue classique « faire parler les morts » permet de se le figurer simplement. Le médecin légiste peut être perçu comme l'interprète des corps violentés, chargé d'une double traduction, traduction des signes et lésions décelables sur le corps en langage scientifique médico-légal, lui même traduit dans un deuxième temps dans un langage clair et facilement compréhensible par un non-médecin. Le discours du médecin légiste doit en effet être celui d'une science à portée de tous, ce qui exige un travail de simplification [8].

### 1.3. Médecine des morts

L'un des cœurs du métier du médecin légiste demeure la pratique des autopsies. Même si l'exercice de la médecine légale s'est considérablement diversifié avec en particulier la prise en charge des victimes vivantes, l'image du médecin légiste qui reste ancrée dans l'esprit du grand public (sans doute favorisée par les fictions qui foisonnent actuellement dans le domaine) est celle d'un médecin des morts.

L'exercice de la médecine légale thanatologique qui inclut la pratique des levées de corps s'accompagne naturellement d'interrogations récurrentes sur la mort. Sur le plan sociologique, le déni de la mort caractérise aujourd'hui les représentations et attitudes devant la mort dans la société contemporaine. Nos sociétés modernes font en effet comme si la dimension de la mort n'avait aucune incidence sur nos manières de vie [18]. Cette dimension de la mort évacuée se fait au profit de la valeur exclusivement accordée par nos sociétés à la santé, la beauté, la normalité corporelle et mentale [19]. Faire comme si la mort n'existait pas ou surtout comme si elle n'avait aucune importance, caractérise une société en panne de sens et de solidarité selon le sociologue Patrick Baudry [20]. Avec la modernité est apparu un idéal de maîtrise, faisant croire à l'homme que si biologiquement il saura maîtriser la vie, il saura également maîtriser la mort. A notre époque, la mort n'apparaît plus comme une puissance hors de l'intervention humaine, elle ménage au contraire des possibilités de choix [21], les trois principaux étant de retarder le plus possible la mort, et dans les situations de fin de vie, soit l'humaniser, soit l'anticiper, en en fixant le moment et les conditions. Les nouvelles technologies depuis les manipulations de l'ADN pour ralentir le processus de vieillissement jusqu'au développement de méthodes pour « numériser le cerveau » produisent même des fantasmes d'immortalité. Malgré les efforts déployés pour accroître les choix en fin de vie, ils doivent composer avec les mystères d'une mort qui demeure déconcertante et ne se laisse pas aisément maîtriser [21]. Le philosophe Vladimir Jankélévitch distingue trois manières d'appréhender la mort [22]. La mort à la troisième personne corres-

pond à la mort abstraite, impersonnelle, anonyme de l'autre. La mort à la deuxième personne est celle de la personne proche, tragédie de « l'inconsolable qui pleure l'irremplaçable » [22]. L'expérience d'un deuil est souvent l'étape pour une reconnaissance de la mort à la première personne, la mort propre, celle qui est toujours au futur.

L'événement de la mort ne se traite pas comme une malheureuse disparition, mais bien comme un traumatisme qui touche à la fois la personne et la société, et aussi bien, les survivants et le mort [23]. Au-delà du phénomène de mort, c'est donc à la souffrance que véhicule ce traumatisme que le médecin légiste est confronté au jour le jour. La frontière entre la mort à la troisième personne et la mort à la deuxième personne peut dans certains cas devenir ténue, lorsque le médecin légiste est amené à recevoir des familles endeuillées après l'autopsie ou à les rencontrer lors de la levée de corps.

## 2. PLACE DE L'INTERROGATION PHILOSOPHIQUE CHEZ LE MÉDECIN LÉGISTE

### 2.1. Le médecin légiste, un médecin à part en quête de reconnaissance

D'une façon générale, le médecin a pour principale vocation de donner des soins à des personnes malades. Il en tire des bénéfices par la reconnaissance naturelle de la société à son égard, toute personne pouvant de son vivant nécessiter d'avoir recours à l'aide d'un médecin. Le médecin légiste occupe une fonction à part en médecine, dès lors qu'il en fait un exercice quasi-exclusif. Il lui manque notamment cette reconnaissance au moins tacite dont ses collègues cliniciens bénéficient. Cette quête de reconnaissance notamment de l'institution judiciaire peut le conduire à se forger l'image idéale du médecin légiste, celui qui comblerait toutes les attentes des professionnels de justice. Les qualités les plus essentielles que l'on attend d'un médecin légiste peuvent être regroupées sous l'appellation de vertus cardinales [24]. On distingue parmi ces dernières l'obligation de compétence, le devoir d'objectivité, l'obligation d'indépendance, de diligence et d'humanisme [24]. Le moindre signe décelé sur une victime pouvant avoir son importance, le médecin légiste se doit d'être un excellent observateur. Il doit faire preuve d'esprit critique dans son activité quotidienne, il a ainsi tendance à cultiver en permanence le doute et à se méfier des évidences. Les interprétations de ses constatations doivent toujours être très argumentées et par principe prudentes. L'avis erroné d'un médecin légiste trop sûr de lui peut en effet avoir des conséquences judiciaires désastreuses et irréversibles. Même s'il n'a pas un statut

d'enseignant, le médecin légiste a besoin de qualités pédagogiques qui sont essentielles afin de pouvoir se faire comprendre le mieux possible par des personnes n'ayant pas forcément de culture médico-scientifique, comme c'est le cas pour les magistrats, avocats et jurés par exemple.

Dans la mesure où l'activité autopsique peut être perçue par des personnes n'ayant aucune connaissance dans le domaine comme celle d'un « dirty job » et de ce fait dévalorisée (même si elle fascine dans le même temps), les médecins légistes peuvent avoir tendance à s'investir davantage dans la médecine légale du vivant, la prise en charge des victimes pouvant être assimilée par certains aspects à de véritables soins. Dans sa quête de reconnaissance, le médecin légiste s'expose de plus à des dérives. Reconnaissance sociale, par la pratique inconsidérée d'expertises lucratives parfois faites sur le temps normalement dévolu à l'activité hospitalière courante. Reconnaissance scientifique, par un investissement disproportionné dans ce domaine pour répondre à une soif de connaissances alimentée par des cas difficiles rencontrés au cours de sa pratique, ou investissement inadapté quand le médecin légiste n'est pas animé d'un esprit de vérité, ce qui peut dans les cas extrêmes déboucher sur une véritable imposture scientifique. La soif de reconnaissance peut aussi conduire le médecin légiste à une surexposition médiatique, à la course aux honneurs ou à des pratiques de conquête de pouvoirs symboliques tout à fait contraires aux principes de déontologie médicale.

## 2.2. Le médecin légiste, un médecin en quête de sens

L'exercice de la médecine légale est un art difficile, qui implique de maîtriser de vastes connaissances. Cet objectif de maîtrise peut stimuler, on l'a vu chez le médecin légiste, une soif constante de savoir. Sa quête de connaissances pour assurer au mieux ses missions peut avoir tendance à mettre au deuxième plan la quête du sens, voire correspondre à une façon de s'y dérober. L'exigence de la raison est de rendre compte de tout ce qui existe ou se produit. Ce n'est pas la soif de savoir qui la détermine mais la quête de signification [10]. C'est pourquoi Kant distingue la faculté de connaissance (l'intellect) de la faculté de penser (raison) [10]. L'intellect veut saisir ce qui est donné au sens dans le monde des phénomènes, tandis que la raison souhaite en comprendre la signification [10]. La pensée et le savoir sont deux activités mentales absolument autres, qu'il convient de bien différencier sur le plan philosophique [10].

### 2.2.1. Sens face à la mort

Un effort de distanciation par rapport au cadavre est nécessaire au médecin légiste pour la maîtrise des opé-

rations d'autopsie (ou de levée de corps). Cet effort se fait par l'usage d'un vocabulaire technique adapté à ce que le médecin légiste constate sur le corps de la personne autopsiée. Cette distanciation du médecin serait de plus une réponse nécessaire anthropologique, à la souffrance, à la mort [8]. A force de côtoyer des morts, le médecin légiste pourrait faire sienne l'attitude initiale de Montaigne vis-à-vis de la mort, « le continuel ouvrage de votre vie, c'est bâtir la mort » [25]. Mais si le spectacle quotidien des morts n'impressionne plus le médecin légiste, la mort en elle-même insaisissable, qui ne se laisse pas penser [22], lui demeure un mystère. Pour le philosophe Emil Cioran, la vie est captive de la mort, et pour lui, on ne comprend la mort qu'en ressentant la vie comme une agonie prolongée, où vie et mort se mélangent, la révélation de l'immanence de la mort s'accomplissant généralement par la maladie, qui a pour cet auteur une mission philosophique [26]. Pour Martin Heidegger, la conscience authentique de la mort ne peut en aucun cas être le résultat d'un constat empirique au sujet de sa banalité et de sa fatalité, constat que le médecin légiste peut faire au quotidien. Selon ce philosophe, la mort est la possibilité de la pure et simple impossibilité du *Dasein* (l'homme en ses structures existentielles) [27]. En tant que tel, la mort lui est imminente à chaque instant. La conscience authentique de la mort ne peut venir que de l'angoisse, qui n'est pas fuite devant la mort ni peur de décéder, mais affrontement de la possibilité de notre propre impossibilité [27]. Il s'agit de l'angoisse du néant, qui sort le *Dasein* de la quotidienneté et de l'impersonnalité du monde pour le mettre face à lui-même, face à sa mort en tant que possibilité la plus propre, absolue, et indépassable, sans que soit visée aucune atténuation de celle-ci. La possibilité pour le *Dasein* d'exister authentiquement ne s'obtient que par le devancement dans l'angoisse de la mort [27]. Cette analyse d'Heidegger s'oppose ainsi à la méditation philosophique traditionnelle de la mort qui manifeste une volonté de s'en assurer une certaine maîtrise en lui ôtant par là-même son caractère de pure possibilité [27]. Le fait de côtoyer des morts au quotidien serait de nature à favoriser ce type de méditation chez le médecin légiste, dans une attitude finalement peu propice à une conscience authentique de la mort.

Par ailleurs, l'autopsie est un travail physique, qui expose aussi le praticien à des risques émotionnels, et comme tout travail physique peut être assimilé sur un plan symbolique à une mort quotidienne selon la philosophe Simone Weil [3]. Faute d'y consentir, le médecin légiste peut se laisser tenter par des alternatives comme déléguer des étapes de l'autopsie aux agents de chambre mortuaire qui l'assistent, ne pas consacrer tout son temps aux autopsies en s'investissant davantage dans la médecine légale du vivant ou favoriser, en mettant en avant des raisons liées au respect du corps, le remplacement de l'autopsie chirurgi-

cale traditionnelle par l'autopsie dite virtuelle (alors que l'imagerie médicale *post mortem* devrait être considérée sur un plan technique comme un simple outil diagnostique complémentaire), qui a de surcroît l'avantage de donner au métier un côté à la fois « clean » et high-tech, loin du cliché du « boucher » qui s'occupe d'ouvrir et de dépecer des cadavres, cliché qui peut être véhiculé dans l'esprit du grand public. Il est donc frappant de voir que le médecin légiste dans ses rapports actuels avec la pratique des autopsies met en œuvre des réactions de défense, des parades à l'angoisse que la mort suscite toujours. L'aspect de travail physique dans les autopsies comporte pourtant une dimension fondamentale en terme de signification spirituelle selon Simone Weil, pour qui le travail physique consenti est en effet, après la mort consentie, la forme la plus parfaite de la vertu d'obéissance à Dieu [3].

### 2.2.2. Sens face à la souffrance

Le médecin légiste est confronté de façon quotidienne à la souffrance, ce qui peut l'inciter à chercher des explications à la souffrance. Mais se restreindre à vouloir expliquer la souffrance ne permet pas de l'endiguer. Le philosophe contemporain Bertrand Vergely a développé une réflexion sur la souffrance en ce sens [28]. Selon cet auteur, la rationalisation du mal et de la souffrance contribue en effet à les pérenniser. Cette rationalisation consiste à dire que la souffrance a du sens à travers une logique du signe, du savoir, de la dette et du salut, et qu'elle peut finalement être bénéfique. D'abord comme un signe qui nous avertit d'un mal plus grand à venir, mais cet aspect réducteur se heurte au caractère intraduisible de la souffrance dont on ne peut faire un objet sans tenir compte du sujet. Une autre façon de donner du sens à la souffrance est de lui conférer une valeur pédagogique. Sa valeur réparatrice ou libératrice peut aussi être mise en avant. Elle est alors convertie en instrument positif d'un progrès, instrument considéré comme utile pour passer par exemple le cap d'une crise socio-économique. La souffrance a enfin un sens métaphysique lorsqu'elle est jugée nécessaire pour que l'homme puisse se dépasser et s'arracher à la pesanteur des choses. Cette critique de la rationalisation de la souffrance est partagée par le philosophe Emil Cioran. Pour ce philosophe, rien ne peut justifier la souffrance, et vouloir la fonder sur une hiérarchie des valeurs est strictement impossible, à supposer qu'une telle hiérarchie puisse exister [26]. Nietzsche a pensé que le besoin de donner un sens à la souffrance était à la source des souffrances que nous connaissons [28]. Il voit ainsi dans la quête de sens de la souffrance une faiblesse et dans la vie gratuite souffrant pour rien une force [28]. L'attitude inverse envisageable face à la souffrance est celle de dire le non-sens de la souffrance, sous la forme

d'un sens intériorisé à travers le refus d'un sens simplement extérieur, jugé conformiste. Cette attitude présente aussi des impasses, lorsqu'elle se complaît dans une attitude de révolte stérile [28]. Selon Bertrand Vergely, il n'y pas un problème d'alternative entre sens et non-sens à propos de la souffrance, mais un problème de pensée et de paroles perdues. Si nous avons tant de mal à penser la souffrance, c'est que nous avons tant de mal à en parler, ayant perdu les mots qu'il faudrait avoir pour cela [28]. Le mal n'est pas un objet. Il faut le regarder comme un adversaire et ne pas le penser comme une fatalité. Cette position est défendue par le philosophe danois Søren Kierkegaard, pour qui face au mal, ce n'est pas d'explication dont nous avons besoin, mais d'action et de salut [28]. Cette philosophie de l'action s'accorde avec la pratique du médecin légiste. Quand dans la souffrance, le lien entre le sujet victime et la vie a été rompu, c'est à travers le médecin légiste et son équipe de soins de l'Unité Médico-Judiciaire qu'il se renoue. Le médecin légiste est l'un des premiers intervenants pour aider à ce que la victime vivante qui souffre redevenue un être en coïncidence avec la vie, comme peut le faire l'infirmière pour son patient. Son rôle est de donner à la victime de la présence à travers l'écoute empathique, la parole et le geste. Car dans la souffrance, on manque d'existence, alors que la vie est présence à soi. Le médecin légiste répond à un tel déficit de vie chez la victime en l'accompagnant par de la présence, une parole faisant lien et du temps. Sur le versant thanatologique, le médecin légiste doit toujours garder à l'esprit que son travail peut servir à soulager les souffrances du deuil que peut éprouver une famille dont le proche a été autopsié. Une plus grande disponibilité et une plus grande facilité d'échanges avec les familles endeuillées mériteraient d'être développées dans ce sens au sein des Instituts Médico-Légaux. Le médecin légiste à force d'être confronté à des situations d'extrême souffrance et de misère humaines peut être envahi par un certain pessimisme, tel que celui développé par Arthur Schopenhauer pour qui la souffrance est le fond de toute vie [29]. Dans sa théorie métaphysique du monde comme volonté et comme représentation, ce philosophe considère en effet que la vie est une souffrance par essence car il n'y a jamais de satisfaction de la volonté [29]. Selon lui, la volonté chez l'homme est sans limite et se manifeste dans la conscience de l'homme comme une tendance sans fin à vouloir, qui produit une perpétuelle souffrance, parce qu'elle ne s'arrête en aucune satisfaction. Il conçoit ainsi la souffrance non comme la négation de la vie, mais comme sa manifestation. Plus la connaissance s'éclaire, plus la conscience s'élève et plus l'homme souffre. À cela, Schopenhauer ne propose que deux solutions [30] : d'une part une délivrance dans la négation du vouloir-vivre, négation qui pourrait passer par la figure de l'ascétisme, et qui est le propre de la conscience humaine parvenue à la



conscience complète de l'existence et de la force mortifère de la volonté. D'autre part une solution morale, par la compassion à l'égard de la souffrance des autres. La compassion doit être l'unique source de ses actions, si tant est que celles-ci doivent avoir une valeur morale authentique, c'est-à-dire être pures de tout motif égoïste [31]. Faire preuve de compassion, on l'a vu, est d'une importance primordiale pour la prise en charge effective des victimes en Unité Médico-Judiciaire. Mais elle a ses limites. Sachant qu'il n'y a pas plus de norme de santé que de norme de souffrance, comment croire dès lors que l'on puisse souffrir avec l'autre et pour lui ? Comment même imaginer que l'on puisse comprendre la souffrance de l'autre ? [28]. Dino Buzzati dans son livre « Le désert des Tartares » l'exprime parfaitement [32] :

« Juste à cette époque, Drogo s'aperçut à quel point les hommes restent toujours séparés l'un de l'autre, malgré l'affection qu'ils peuvent se porter. Il s'aperçut que, si quelqu'un souffre, sa douleur lui appartient en propre, nul ne peut l'en décharger si légèrement que ce soit. Il s'aperçut que, si quelqu'un souffre, autrui ne souffre pas pour cela, même si son amour est grand, et c'est cela qui fait la solitude de la vie. »

### 2.2.3. *Sens face à la justice*

Le médecin légiste étant auxiliaire de justice, la justice qui est un pilier de la démocratie et de la paix sociale, doit être au cœur de ses préoccupations. La justice demeure une notion difficile à définir sur le plan philosophique. Les hommes peuvent accomplir des actes justes mais ne savent pas expliquer la justice [10]. De la même façon, la justice ne peut être faite que par des êtres justes [19]. La notion d'injustice se laisse mieux cerner, toute injustice consistant toujours à léser autrui pour Schopenhauer [31].

Les situations d'injustice relèvent notamment d'un système judiciaire français défaillant qui souffre de nombreux dysfonctionnements, pointés par l'Institut pour la justice [33]. Sont ainsi signalés les nombreuses peines de prison en attente d'exécution (concernant un quart des condamnés chaque année), un manque de moyens flagrant et la place encore insuffisante des victimes dans la procédure. A cela se surajoutent une magistrature qui peut être politisée comme en témoigne l'affaire du « Mur des cons » et des condamnations pour délits d'opinion. De plus, il existe en France des zones géographiques où l'autorité des lois françaises est remise en question. Ces dysfonctionnements désormais chroniques ont fini par générer un sentiment de dégradation du sentiment de justice dans la société française. A ces données générales se surajoutent celles dont le médecin légiste peut être témoin au cours de son exercice, par ses rapports avec les policiers, gendarmes, magistrats, avocats et experts

qu'ils soient médecins ou non. Le monde des professionnels de justice n'est pas épargné par les situations d'injustice. Des dérives de toute sorte peuvent ainsi survenir dans la pratique des missions d'expertise, au mépris de la déontologie médicale. On peut citer l'exemple de certains médecins experts acceptant les sollicitations d'un avocat avec contrepartie financière pour faire l'analyse critique du rapport médico-légal d'un confrère. L'incompétence, voire le charlatanisme de certains experts, pourtant signalée aux autorités judiciaires, n'empêche pas ceux-ci de continuer à sévir en toute impunité avec le risque de provoquer des sinistres judiciaires. D'autres experts enfin peuvent se laisser dominer par leurs préjugés sans qu'ils en mesurent les conséquences néfastes. C'est le cas par exemple de ceux qui ont la prétention à l'omniscience, et qui exercent dans le même temps la médecine légale thanatologique (incluant la pratique des autopsies) et la médecine légale du vivant alors que le champ des connaissances est devenu bien trop vaste pour qu'un même médecin puisse maîtriser à la fois ces deux domaines de la médecine légale (en faisant bien sûr abstraction des contraintes d'organisation de service qui peuvent obliger à solliciter les médecins dans ces deux domaines). On voit mal enfin comment un médecin légiste oublieux de son obligation d'humanisme pourrait dans cet état d'esprit bien remplir ses missions. Les victimes exposées à une attitude d'indifférence, voire de cynisme à leur égard, pourraient se sentir réifiées et l'examen médico-légal serait alors une source de traumatisme surajouté, fortement délétère. Le médecin légiste est pourtant tenu comme tout médecin de respecter le serment d'Hippocrate qui précise « je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice » et les principes généraux de moralité et de probité selon l'article 3 du Code de Déontologie Médicale. De ce fait, il est aussi tenu de respecter les articles de la déclaration universelle des droits de l'homme, à savoir que « toute personne a droit à un procès neutre, équitable et garant du droit ». Ces principes imposent donc au médecin de s'interroger sur le sens de sa mission médico-légale, et d'adopter une éthique adéquate [34]. Cette réflexion est rendue d'autant plus nécessaire, nous allons le voir, lorsque le médecin légiste se retrouve confronté à la question de la violence sociale.

### 2.2.4. *Sens face à la violence sociale*

Autour du corps brutalisé, la médecine légale demeure une science de mise en sens de la violence sociale qu'illustrent les pathologies du corps violenté [6]. L'exercice de la médecine légale offre en effet au médecin légiste un regard unique sur d'une part la société des hommes déraisonnables qui choisissent la violence, d'autre part sur les maux dont souffre la société à partir des situations de violences dont il peut suivre

l'évolution spatiale et temporelle dans le ressort de la cour d'appel où il exerce. La prégnance de l'islam radical au sein de la société française est ainsi une réalité perçue jusque dans les Instituts Médico-Légaux avec l'apparition de crimes d'honneur jusqu'à présent décrits exclusivement dans des pays de confession musulmane ou d'attentats motivés dans le cadre d'un jihad comme ceux de janvier et de novembre 2015 à Paris et du 14 juillet à Nice. Le médecin légiste est aussi le témoin de suicides dont le facteur précipitant est en premier lieu économique, en lien direct avec les effets destructeurs de l'idéologie mondialiste, qui prône la marchandisation du monde avec la soumission de toutes les activités humaines au principe de la marchandise. Cette idéologie développe l'uniformisation, l'éradication des différences et des valeurs partagées au mépris de ce qui fonde l'identité des peuples et fait du déracinement un idéal et une norme [35]. Le phénomène a tendance à s'amplifier dans la mesure où qui est déraciné déracine [3]. Toutes les limites étant niées, ce système mondialiste relève d'un incontestable totalitarisme si l'on admet qu'est de nature totalitaire une puissance qui ne connaît, ne reconnaît et ne respecte aucune limite interne ou externe à son emprise sur la réalité [35, 36]. La certitude qu'en ce qui concerne l'homme, « tout est possible », est partagée par les totalitarismes du XX<sup>e</sup> siècle et par les démocraties de la modernité tardive, car elle puise sa source dans la religion du progrès, dictée par l'opinion dominante qui fait office d'élite éclairée [19]. Cette opinion dominante accomplit comme une secte un travail de domination de la pensée, avec menaces sur les éventuels dissidents, et cela à l'échelle d'un peuple entier [19]. Devenant monopolistique, elle écrase ses adversaires par le mépris et la dérision face aux valeurs spirituelles et aux anciens comportements, les valeurs matérielles devenant essentielles au point d'effacer toutes les autres [19]. Il ne s'agit pas d'une opinion, laquelle requiert par définition la controverse, mais d'une idée fanatique [19]. La modernité tardive soumise à l'idéologie mondialiste et qui révoque en doute la plupart des vérités et croyances héritées du passé, s'attache à sauver une seule certitude : celle de la dignité de l'homme singulier, fondement des droits de l'homme. Mais ce dernier est entendu comme un corps biologique désireux de bien-être, nourri par la seule matière et dénué d'idéaux et de certitudes spirituelles. La modernité tardive poursuit ainsi la dépersonnalisation qui se trouvait déjà à l'œuvre dans les idéologies précédentes [19].

La société est ainsi soumise à l'effet conjugué de deux violences, l'une sacrée, exercée au nom de Dieu, l'autre profane, qui cherchent chacune à soumettre et à asservir les esprits, prémisses d'un totalitarisme en marche. Ces violences ont la particularité d'agir sous couvert de lois, la loi islamique pour l'une, la loi du marché supranationale pour l'autre, qui remettent en cause les lois légitimes du pays. Le danger du phéno-

mène est souligné par la mise en garde de Montesquieu pour qui « il n'y a point de plus cruelle tyrannie que celle que l'on exerce à l'ombre des lois et avec les couleurs de la justice » [37]. Cette évolution oblige le médecin légiste à développer un regard critique sur l'institution judiciaire qu'il sert, celle-ci n'étant pas à l'abri de se corrompre encore plus à l'avenir, faute de pouvoir défendre ses propres lois et sa légitimité. Un défaut de réflexion éthique en la matière peut s'apparenter à une absence de pensée, au sens où l'entendait Hannah Arendt [38]. L'exercice de la pensée nécessite de ne pas agir, car c'est en pensée que l'on prend du recul, que l'on se défait de ses déterminations partiales [34]. La seule condition préalable à la pensée est de se mettre en retrait du monde des phénomènes [10]. Cette étape de réflexion est un préalable indispensable à la faculté de juger, afin de distinguer le juste et l'injuste [34]. Cette faculté de juger s'exerce au mieux en qualité de spectateur et non d'acteur [39]. Cette distance à l'action permet en effet une réflexion désintéressée, situation où la faculté de jugement s'exerce au mieux [39]. Le caractère d'urgence des affaires humaines requiert des jugements provisoires, le recours à l'habitude et à la coutume, c'est-à-dire les préjugés [10]. C'est à l'occasion de situations historiques critiques que ceux qui exercent leur pensée critique et leur faculté de jugement refusent de se laisser emporter sans réfléchir : s'arrachant non seulement à l'immédiateté qui engendre l'habitude et annihile la conscience, mais aussi à l'immédiateté des règles communément admises, ils tentent de prendre de la distance pour apprécier justement la situation [39]. Or, l'aptitude du jugement à appréhender un particulier non subsumable sous des lois, principes, règles déjà donnés est particulièrement mise à l'épreuve dans les situations de crise ou d'urgence lorsqu'il convient de juger sans s'en remettre à l'application de règles généralement admises [39]. Le médecin légiste plongé dans le feu de l'action est exposé au risque de ne pas pouvoir exercer cette faculté de juger. Il peut se retrouver dans une situation analogue à celle du Dr Hans Girsensohn que décrit Antony Beevor dans son ouvrage sur la bataille de Stalingrad [40]. En décembre 1942, un nouveau phénomène avait été rapporté aux autorités médicales allemandes, à savoir qu'un nombre croissant de soldats décédaient subitement sans avoir reçu de blessure et sans souffrir d'une maladie possible à diagnostiquer. Le Dr Girsensohn, médecin légiste de la 6<sup>e</sup> Armée, fut chargé de la mission de pratiquer des autopsies sur les corps des soldats morts pour des causes indéterminées. Ce médecin réussit à effectuer une cinquantaine d'autopsies dans le *Kessel* durant les deux dernières semaines de décembre, en dépit de toutes les difficultés, qui incluaient des corps littéralement congelés nécessitant d'être exposés à la chaleur d'un poêle pendant la nuit, sans compter les bombardements et tirs d'artillerie soviétiques [40]. Dans le

même temps, des soldats blessés gisaient dans des tentes non chauffées avec des températures extérieures de -30°C [41]. Cette histoire est un exemple de ce à quoi peut conduire l'absence de pensée, qui était liée selon Hannah Arendt à l'accomplissement du mal, idée à l'origine du concept de la banalité du mal illustré par le cas du nazi Adolf Eichmann jugé à Jérusalem en 1962 [42]. Selon elle, Eichmann n'était pas un monstre mais seulement un homme incapable de juger entre le bien et le mal. Sans aller dans des situations historiques aussi critiques, l'intervention du médecin légiste dans des missions médico-légales contemporaines comme celle émanant de la justice pénale internationale devrait soulever une réflexion éthique préalable à son engagement. La stricte obéissance à la loi exigée par son statut d'expert judiciaire ne doit pas l'empêcher d'oser porter un regard critique sur la loi elle-même et son application. Son dévouement à la justice ne doit pas être aveugle. Dans l'absolu, accepter d'être l'auxiliaire d'une justice inique revient en effet pour le médecin légiste à s'en faire le complice. L'exemple du Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie dont l'instrumentalisation politique, la justice sélective et le non respect du droit sont manifestes [43], et qui s'inscrit de surcroît dans la mise en œuvre de l'idéologie de la mondialisation, n'a pas empêché de nombreux médecins légistes du monde entier à y participer, faute de faire preuve d'indépendance d'esprit. Cette perte de l'indépendance d'esprit s'entretient par la crainte de la marginalisation, de se voir exclu du groupe social, dans la mesure où l'originalité de la pensée, par essence dangereuse [10], engendre cette exclusion [19]. Combien préfèrent ainsi se taire et se livrer à l'opinion dominante plutôt que de perdre la reconnaissance sociale [19], dont la quête, on l'a vu, est parfois chez le médecin légiste une source de dérives.

## CONCLUSION

L'exercice de la médecine légale soulève de nombreuses réflexions philosophiques qui mériteraient d'être approfondies par le regard avisé d'un philosophe. Il serait notamment intéressant de voir à partir des questions que se posent les médecins légistes dans leur pratique comment la philosophie peut essayer d'y apporter des réponses. Dans l'ébauche de réflexions abordées dans cet article, et qui n'engagent que leur auteur, il est possible de dire que le médecin légiste est un médecin à part, à la fois en quête de savoir, de reconnaissance et de sens. La place de l'interrogation philosophique chez le médecin légiste mériterait d'être davantage développée, la quête de sens devant primer sur les autres quêtes, en particulier dans des situations historiques critiques. Cette quête de sens peut se nourrir de philo-

sophies qui aident le médecin légiste à être animé d'un esprit à la fois de justice et de vérité sans lequel son métier perdrait sa valeur essentielle. L'importance de son témoignage dans les missions que la justice lui confie peut le rapprocher de la philosophie de Gabriel Marcel pour qui « l'essence de l'homme ne serait-elle pas d'être un être qui peut témoigner » [44]. Le sujet témoin est entendu comme celui dont la vie et la pensée ne sont pas séparables [19]. Seul l'acte en effet engage l'être et façonne le sujet qui devient authentique dans le souci de la vérité [19]. Gabriel Marcel propose à la place d'une philosophie du savoir absolu une philosophie centrée sur l'expérience concrète, à savoir faire coller la réflexion métaphysique à l'expérience vécue. Sa pensée interrogative sonde l'intériorité de l'homme afin de l'ouvrir au Transcendant par la médiation des thèmes de l'incarnation et de la communion [44]. Cette philosophie est voisine de celle développée par Søren Kierkegaard qui préconise d'accepter plutôt un savoir « en miettes » non systématisé mais qui approche la connaissance de l'existence [45]. Ce qui revient à accepter les énigmes de l'existence au lieu de garantir nos incertitudes dans des systèmes clos [45]. Les deux auteurs s'accordent pour refuser les systèmes, un monde systématisé débouchant sur un monde déshumanisé [44]. Ces philosophies sont aussi de nature à développer chez le médecin légiste une éthique professionnelle rigoureuse où il soit obligé de soumettre son agir à des hiérarchies objectives de valeurs et rester indépendant de ses intérêts subjectifs momentanés [46]. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Sacks O. *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*. Paris, Seuil, 1992.
- [2] Rosanvallon P. *Science et démocratie : Colloque 2013*. Paris, Odile Jacob, 2014.
- [3] Weil S. *L'enracinement : Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*. Paris, Gallimard, 1949.
- [4] Juston R. *Comment une tache de sang devient-elle une preuve ? Une sociologie de l'expertise judiciaire en médecine légale*. Mémoire de recherche de Master 2 sous la direction de Jérôme Pélisse. Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Carnet de recherche du laboratoire Printemps, 2012, disponible sur le site <http://printemps.hypotheses.org/612>.
- [5] Van de Kerchove M. La vérité judiciaire : Quelle vérité, rien que la vérité, toute la vérité ? *Déviance et Société* 2000 ; 24(1) : 95-101.
- [6] Porret M. La médecine légale entre doctrines et pratiques. *Rev Hist Sci Hum* 2010 ; 22 : 3-15.
- [7] Advenier AS, Guillard N, Alvarez JC, Martrille L, Lorin de la Grandmaison G. Undetermined manner of death: an autopsy series. *J Forensic Sci* 2016 ; 61 Suppl 1: S154-8.

- [8] Bertherat B. Les mots du médecin légiste, de la salle d'autopsie aux assises : L'affaire Billoir (1876-1877). *Revue Hist Sci Hum* 2010 ; 22 : 117-144.
- [9] Hume D. *Enquête sur l'entendement humain*. Paris, Editions Livre de poche, 1999.
- [10] Arendt H. *La vie de l'esprit. La pensée. Le vouloir*. Paris, PUF, 2014.
- [11] Arendt H. *Du mensonge à la violence*. Paris, Press Pocket, 1972.
- [12] Hobbes T. *Leviathan*. Paris, Editions Livre de Poche, 2000.
- [13] Michaud Y. *La violence*. Collection Que sais-je ? Paris, PUF, 1999.
- [14] Weil E. *Logique de la philosophie*. Paris, Librairie philosophique J. Vrin, 1985.
- [15] Weil S. *L'Iliade ou le poème de la force*. Paris, Payot et Rivages, 2014.
- [16] Laingui A, Beauregard E, Prosper F. Homicide. In: *Dictionnaire des sciences criminelles*, Paris, Dalloz, 2004.
- [17] Héritier F. Quels fondements de la violence ? *Cahiers Genre* 2003 ; 35 : 21-44.
- [18] Baudry P. Paradoxes contemporains. Nouveaux rapports anthropologiques à la mort. In: Lenoir F et De Tonnac J-P (dir.) *La mort et l'immortalité. Encyclopédie des savoirs et des croyances*. Paris, Bayard, 2004.
- [19] Delsol C. Eloge de la singularité. La Table Ronde; 2000.
- [20] Baudry P. L'espace des morts, l'enjeu de la communication. In: Mons A (dir.) « espace, corps, communication », *Médiation et Information*, n°21, Paris, L'Harmattan, 2005.
- [21] Hintermeyer P. Choisir sa mort ? *Gérontologie et Société* 2009 ; 4 : 157-170.
- [22] Jankélévitch V. *La mort*. Paris, Flammarion, 1993.
- [23] Baudry P. *La place des morts : enjeux et rites*. Paris, Armand Colin, 1999.
- [24] Lorin de la Grandmaison G. *Le guide des enquêtes décès*. Paris, ESKA, 2011.
- [25] Montaigne M. *Essais*. Paris, Poche Folio Classique, 1999.
- [26] Cioran E. *Sur les cimes du désespoir*. Paris, Editions du Livre de Poche, 1991.
- [27] Bergeron J. *Vie et Mort chez Heidegger, Henry, et Levinas*. Mémoire comme exigence partielle à la maîtrise de philosophie, 2010, Université du Québec à Trois Rivières, consultable sur <http://depot-e.uqtr.ca/2044/1/030183085.pdf>
- [28] Vergely B. *La souffrance. Recherche du sens perdu*. Paris, Gallimard, 1997.
- [29] Schopenhauer A. *Le monde comme volonté et comme représentation*. Paris, PUF quadrige, 2009.
- [30] Touchet P. *La souffrance est le fond de toute vie*. [http://www.philosophie.ac-versailles.fr/bibliotheque/Conferences/Schopenhauer.PhT.pdf?bcsi\\_scan\\_628cd39dca2568d2=0&bcsi\\_scan\\_filename=Schoopenhauer.PhT.pdf](http://www.philosophie.ac-versailles.fr/bibliotheque/Conferences/Schopenhauer.PhT.pdf?bcsi_scan_628cd39dca2568d2=0&bcsi_scan_filename=Schoopenhauer.PhT.pdf)
- [31] Schopenhauer A. *Les deux problèmes fondamentaux de l'éthique*. Paris, Gallimard, 2009.
- [32] Buzzati D. *Le désert des Tartares*. Paris, éditions Le Livre de Poche, 1983.
- [33] <http://www.institutpourlajustice.org/>
- [34] Lorin de la Grandmaison G. *Enjeux éthiques et déontologiques de la participation du médecin légiste au Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie*, Thèse d'éthique biologique et médicale, Paris, université Paris V, 2006.
- [35] de Benoist A. La mondialisation comme idéologie. [http://files.alaindebenoist.com/alaindebenoist/pdf/mondialisation\\_el\\_2.pdf?bcsi\\_scan\\_628cd39dca2568d2=0&bcsi\\_scan\\_filename=mondialisation\\_el\\_2.pdf](http://files.alaindebenoist.com/alaindebenoist/pdf/mondialisation_el_2.pdf?bcsi_scan_628cd39dca2568d2=0&bcsi_scan_filename=mondialisation_el_2.pdf)
- [36] Freitag M. De la terreur au meilleur des mondes. Globalisation et américanisation du monde : vers un totalitarisme systémique. In *Hannah Arendt, le totalitarisme et le monde contemporain*. Dagenais (éd.). Presses de l'Université Laval ; 2003.
- [37] Montesquieu C. *Considération sur les causes de la grandeur des Romains et de leur décadence*. Paris, Gallimard, 1998.
- [38] Arendt H. *Considérations morales*. Paris, Payot et Rivages, 1996.
- [39] Arendt H. *Juger. Sur la philosophie politique de Kant*. Paris, Seuil, 1991.
- [40] Beevor A. *Stalingrad*. Paris, Fallois, 1999.
- [41] Kaplan R. Medicine at the battle of Stalingrad. *J Royal Society Med* 2000 ; 93 : 97-98.
- [42] Arendt H. *Eichmann à Jérusalem*. Paris, Gallimard, 1991.
- [43] Lorin de la Grandmaison G. Le Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie est-il crédible ? *J Méd Lég Droit Méd* 2003 ; 46(7-8) : 473-9.
- [44] Cesbron G. Gabriel Marcel : l'unité d'un témoignage. Impacts. *Rev Univ Cath Ouest*. Nouvelle série, 1974, n°2.
- [45] Charles M. La spiritualité chez Kierkegaard ou le monde habité par l'esprit de fraternité. <http://www.dogma.lu/txt/MC-Kierkegaard.htm>
- [46] Spaemann R. *Notions fondamentales de morale*. Paris, Flammarion, 2011.



# CANNABIS ET TOXICOLOGIE MÉDICO-LÉGALE

## CANNABIS AND FORENSIC TOXICOLOGY

Par Jean-Michel GAULIER\*

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

### RÉSUMÉ

Le cannabis est un produit de grande consommation et les questions d'ordre médico-légal sont nombreuses. Dans ce contexte, ce texte se propose, après quelques rappels, de donner des éléments concernant la mise en évidence d'une consommation de cannabis, et le suivi de sevrage, du point de vue d'un toxicologue analyste.

### MOTS-CLÉS

Cannabis, Médico-légal, Cheveux, Sevrage.

### ABSTRACT

*Cannabis derivatives are products of general consumption, and several forensic questions arise today. The author propose, after some general matters, to give some items about screening test for cannabis use, and how to monitor the withdrawal process of consumers, in a forensic toxicologist point of view.*

\* UF de Toxicologie - Centre de Biologie-Pathologie  
CHRU de Lille  
Bd du Pr. J. Leclercq - CS 70001  
59037 Lille Cedex, France  
Mail : jean-michel.gaulier@chru-lille.fr

### KEY-WORDS

*Cannabis, Forensic, Hair, Withdrawal.*

Le chanvre indien (cannabis) est aujourd'hui un produit de grande consommation. Le cannabis est effectivement la substance illicite la plus consommée en Europe et en France, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes [1] et les risques liés à son usage sont clairement fonction du mode et de la fréquence de consommation [2]. Ainsi et par exemple, les cas d'intoxication accidentelle (généralement, consécutives à l'ingestion de résine) de jeunes enfants de parents consommateurs, ne sont pas rares en 2015 [3].

Ce texte se propose, après quelques rappels, de donner certains éléments concernant la mise en évidence d'une consommation de cannabis, et le suivi de sevrage, sous un angle médico-légal.

### GÉNÉRALITÉS – RAPPELS

Le chanvre (*Cannabis sativa* L.) est une plante possédant des feuilles caractéristiques, de 5 à 7 segments lancéolés, dentelés et disposés en éventail. Toute la plante contient du  $\Delta^9$ -tétrahydrocannabinol (THC), principe actif psychotrope.

En France et en Europe, la limite légale de THC pour un chanvre textile est de 0,2 % rapporté à la matière sèche. Au plan légal, l'arrêté du 25 novembre 1974 paru au Journal Officiel du 27 décembre 1974 précise que sont inscrits à la section II du tableau B des subs-

tances vénéneuses, les produits suivants : « les tétrahydrocannabinols, leurs esters, éthers, sels ainsi que les sels des dérivés précités ». Il est complété par le décret n° 88 – 1231 du 29 décembre 1988 (art. 1<sup>er</sup>) publié au Journal Officiel du 31 décembre 1988 qui stipule : « sont interdits la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage :

- 1°) du cannabis, de sa plante et de sa résine, des préparations qui les contiennent ou de celles qui sont obtenues à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine ;
- 2°) des tétrahydrocannabinols, de leurs esters, éthers, sels ainsi que des sels des dérivés précités et de leurs préparations ».

Sur le plan de la culture, la seule production tolérée par l'Etat est celle du chanvre textile dont la définition est fixée par la limite légale supérieure de 0,3 % de  $\Delta^9$  THC rapporté à la matière sèche (Arrêté du 22 août 1990). Toutefois, des dérogations aux dispositions énoncées ci-dessus peuvent être accordées (décret n° 92 – 963 du 7 septembre 1992, art. 11) par le ministre chargé de la santé aux fins de recherche et de contrôle ainsi que de fabrication de dérivés autorisés : « les ministres chargés de la santé, de l'agriculture, de l'industrie et des douanes peuvent, par arrêté conjoint, autoriser la culture, l'importation, l'exportation et l'utilisation industrielle ou commerciale de variétés de cannabis dépourvues de propriétés stupéfiantes ». Enfin, selon la réglementation européenne en vigueur depuis 2001 [règlements (CE) n° 1672 et 2860/2000], la teneur des variétés de chanvre cultivées dans l'union européenne à destination de la production de fibres ne doit pas dépasser 0,2 % de  $\Delta^9$  THC rapporté à la matière sèche.

En fait, au-delà du THC, la plante contient de nombreuses substances spécifiques au genre Cannabis : les cannabinoïdes. Les principaux représentants de cette classe sont le THC, le cannabidiol (CBD), le cannabinol (CBN). Ces cannabinoïdes sont principalement retrouvés dans la résine des sommités fleuries et leur concentration varie en fonction de facteurs génétiques et environnementaux.

Le cannabis est consommé sous 3 formes [1] :

- (i) L'herbe, constituée par les feuilles et sommités fleuries, séchées (et souvent pulvérisées). La teneur moyenne en THC est de 13 % en 2013 ;
- (ii) La résine est un produit obtenu par compression (« barrette de shit ») qui est « coupé », généralement par des substances odorantes. C'est la présentation la plus courante en raison de sa facilité de manipulation et de transport. En France, les saisies de résine révèlent une teneur moyenne de l'ordre 17,4 % ;
- (iii) L'huile, forme mi-liquide/mi-solide, est de teneur variable en THC, mais parfois très élevée (supérieure à 50 %).

A la suite d'une inhalation, l'absorption pulmonaire du THC est rapide. Ainsi, sa détection plasmatique

est quasiment « immédiate » après la première bouffée tirée sur un joint. Le pic plasmatique est atteint quelques minutes plus tard. La biodisponibilité par voie inhalée varie de 2 à 56 % [4]. Lorsque le cannabis est inhalé, il faut noter qu'il existe une perte importante de THC, d'une part par pyrolyse lors de la combustion, et d'autre part moindre dans la fumée dite « secondaire » qui n'est pas inhalée [5].

En cas d'ingestion, le THC est facilement résorbé, mais celle-ci est plus lente que l'absorption pulmonaire. De plus, les pics plasmatiques (T<sub>max</sub> de l'ordre de 3 heures) sont plus faibles car le THC semble subir une dégradation dans l'estomac et un effet de premier passage hépatique important. Au total, la biodisponibilité du THC par voie orale varie de 4 à 20 % [6].

Le THC est extrêmement lipophile. En conséquence, le tissu cérébral, riche en lipides et siège de l'activité psychotrope du THC, est un lieu privilégié de stockage de celui-ci. Le tissu adipeux accumule le THC plus lentement, du fait d'une vascularisation moins importante, mais constitue également un compartiment de stockage.

Le volume de distribution (V<sub>d</sub>) du THC à l'état d'équilibre est estimé à environ 10 L/kg, ce qui illustre son importante fixation tissulaire et justifie que les profils sanguins ne reflètent pas l'imprégnation tissulaire en THC [5].

Il existe une centaine de métabolites pour le seul THC [7]. La principale voie de métabolisation du THC consiste, en premier lieu, en une hydroxylation microsomiale, préférentiellement sur la position 11, conduisant au 11-hydroxy-  $\Delta^9$ -tétrahydrocannabinol (11OH-THC) métabolite au moins aussi actif que le THC [8]. Ce métabolisme fait intervenir les CYP2C9 et 3A4 [9, 10]. Le 11OH-THC est lui-même rapidement oxydé en acide nor 11  $\Delta^9$ -tétrahydrocannabinol-9 carboxylique (THC-COOH) inactif. Cette réaction s'effectue probablement en deux étapes avec pour intermédiaire un dérivé aldéhydique, par action successive d'une alcool déshydrogénase puis d'une aldéhyde déshydrogénase [6, 11].

Quand le THC est inhalé, la concentration plasmatique de 11OH-THC demeure toujours inférieure à celle du THC. L'inverse est constaté en cas d'ingestion car la majorité du THC est rapidement hydroxylée en 11OH-THC par les enzymes microsomiales de la muqueuse intestinale. Dans les deux cas, le THC-COOH devient rapidement le composé plasmatique majoritairement retrouvé dans le sang et l'urine [5].

Le métabolisme de phase II du THC-COOH fait intervenir principalement une conjugaison avec l'acide  $\alpha$ D-glucuronique par les UDP-glucuronosyltransférases (UGT) 1A1 et 1A3 [12, 13]. Ce conjugué (THC-COO-glucuronide), plus hydrophile que le THC-COOH, est le métabolite urinaire majoritaire du THC.

L'élimination est lente, essentiellement due à la libération progressive du THC et de ses métabolites dans le

sang à partir des territoires de stockage comme le tissu adipeux [4]. L'élimination est principalement biliaire (65-80 %) et secondairement urinaire (20-35 %) sous forme de métabolites acides [6, 14].

Chez la femme enceinte, le THC franchit la barrière fœto-placentaire (le THC est également retrouvé dans le lait maternel). Ainsi, à la naissance, il est possible de mettre en évidence du THC-COOH chez l'enfant de mère consommatrice, notamment dans le méconium [6, 15].

## MISE EN ÉVIDENCE D'UNE CONSOMMATION DE CANNABIS

Dans le sang, les concentrations de THC demeurent détectables généralement 6 à 12 heures après l'inhalation d'une dose moyenne (davantage parce que le produit diffuse bien et s'accumule, plutôt que parce qu'il a été éliminé) chez un consommateur occasionnel (une consommation/semaine), et au minimum 24 à 48 heures chez un consommateur régulier (10 consommations au cours des 30 derniers jours).

Le THC-COOH est encore détectable dans le sang de 24 à 48 heures dans le cas d'un consommateur occasionnel, et au-delà de 48 heures chez un consommateur régulier. Ainsi, du THC et du THC-COOH peuvent être présents dans le sang à des concentrations significatives plus de 7 jours après un sevrage [16].

Le 11OH-THC présente des concentrations sanguines qui suivent grossièrement les cinétiques les plus courtes (6 heures ou 24 heures) que celles du THC, avec les caractéristiques précédemment évoquées : si le cannabis a été fumé, les concentrations sanguines de 11OH-THC restent inférieures à celles de THC, si le cannabis a été ingéré, les concentrations sanguines de 11OH-THC sont généralement supérieures à celles de THC. En outre, il semblerait que le 11OH-THC puisse être présent plusieurs jours dans le sang d'un consommateur régulier. Les analyses sanguines (recherche et/ou dosage) concernant les cannabinoïdes et leurs métabolites reposent sur l'utilisation de méthodes chromatographiques : CG-SM après dérivation, ou, ou plus fréquemment aujourd'hui, chromatographie en phase liquide avec détection par spectrométrie de masse en tandem (CL-SM/SM).

Dans l'urine, le composé majoritaire est le THC-COOH, principalement sous forme glucuroconjugué. Le 11OH-THC est présent dans l'urine surtout également sous forme glycuconjuguée (environ 2 % de la dose). Le THC est présent à l'état de traces, et difficilement détectable ou seulement dans les toutes premières heures qui suivent la prise. Après la prise d'une dose unique de THC, le dépistage urinaire est en général positif dès la 2<sup>e</sup> heure, et va le demeurer

généralement pendant 5 à 7 jours, mais parfois jusqu'à 12 jours [4, 5]. Dans le cas de consommations répétées de cannabis, la durée de détection du THC-COOH urinaire s'allonge d'autant que cette consommation est importante, et peut aller jusqu'à plus de 2 mois jours chez un gros consommateur [17]. Enfin, l'exposition passive peut, au plus et dans des conditions d'exposition importante, donner lieu à des concentrations urinaires maximales de THC-COOH de l'ordre de 10 à 15 µg/L, qui en théorie, ne peuvent pas donc positiver un test immunochimique de dépistage urinaire [18].

Dans l'urine, les méthodes immunochimiques de dépistage de la prise de cannabis reposent généralement sur l'utilisation d'un anticorps anti-THC-COOH avec un cut-off de positivité de 50 µg/L. Ces tests de dépistage présentent très peu de faux positifs (moins de 0,5 %) qui sont généralement dus à la présence d'AINS (acide niflumique, notamment) [19]. Toutefois, dans un contexte médico-légal, les méthodes de confirmation (recherche et dosage) qui vont constituer la preuve irréfutable d'une exposition au cannabis sont les méthodes chromatographiques applicables dans le sang.

A la suite de prises répétées de chanvre indien, le THC et ses métabolites (en particulier, le THC-COOH), sont détectables dans les cheveux. En effet, ces substances sont transférées du sang vers le bulbe pileux, puis la racine pileuse, et s'incorporent ainsi dans le cheveu, c'est-à-dire la tige pileuse. Le délai entre la prise de chanvre indien et l'apparition des cannabinoïdes (constituants du chanvre indien) et de leurs métabolites dans la partie aérienne du cheveu (tige pileuse), est en général supérieur à 72 heures. Le THC est la substance normalement retrouvée aux concentrations les plus élevées : de 0,1 à une dizaine de ng/mg de cheveux. Il est également habituellement retrouvé d'autres cannabinoïdes : le cannabinol (CBN) et le cannabidiol (CBD) de 0,1 à quelques ng/mg de cheveux.

Les métabolites du THC sont retrouvés à des concentrations capillaires plus faibles : 0,01 à 0,20 ng/mg de cheveux pour le 11OH-THC et 0,05 à 10 pg/mg de cheveux pour le THC-COOH. La relation dose de cannabis consommé/concentrations capillaires de THC ou de ses métabolites, semble sujette à de grandes variabilités interindividuelles. Par conséquent, il est toujours difficile d'interpréter ces concentrations dans les cheveux.

En ce qui concerne le THC, lorsque sa concentration ainsi que celles de CBD et de CBN dans les cheveux, sont peu importantes, il existe une possibilité pour que la présence de ces cannabinoïdes dans ces phanères soit due à une contamination externe (fumée d'autres consommateurs de cannabis, ou par transfert manuporté de la chevelure par une tierce personne ayant préalablement manipulé du cannabis) et ceci, y compris lorsque les cheveux sont décontaminés après

prélèvement et avant analyse. Pour pallier ce risque de faux positif, la valeur de 0,1 ng/mg de cheveux est considérée comme étant la concentration seuil de THC au-delà de laquelle un résultat doit être considéré comme positif. Toutefois, la présence capillaire de THC-COOH constitue la preuve d'une consommation active de cannabis. [20-22]. Enfin, chez de très gros consommateurs de chanvre indien, un relargage de THC stocké dans l'organisme pourrait être parfois responsable de la contamination des cheveux par ce principe actif, alors même que la personne ne consomme plus cette drogue [23].

En ce qui concerne le THC-COOH, sa présence de ce métabolite dans les cheveux (à une concentration généralement supérieure à 0,2 pg/mg) est donc obligatoirement la conséquence d'une consommation effective de chanvre indien [22]. Dans le cas d'une recherche de THC-COOH, il ne semble pas exister de risque de faux positifs, mais il existe un faible risque de faux négatifs pouvant correspondre soit à la prise d'une dose très faible de chanvre indien, soit à un usage qui n'est pas régulier [24].

Il existait deux approches analytiques pour réaliser ces d'investigations capillaires :

- (i) rechercher et/doser le THC, le Cannabinol (CBN) et le Cannabidiol (CBD) par CG-SM,
- (ii) rechercher et/ou doser le THC-COOH par chromatographie gazeuse avec détection par spectrométrie de masse en tandem (CG-SM/SM).

Mais une méthode d'analyse simultanée du THC, du THC-COOH, du CBD et du CBN, sans étape de dérivation, par chromatographie liquide avec détection par spectrométrie de masse en tandem (CL-SM/SM) est disponible aujourd'hui [25].

Le dépistage salivaire est possible (plusieurs tests unitaires immunochimiques, de seuils de positivité variables, sont disponibles sur le marché), mais en raison de nombreuses limitations, l'usage du dépistage salivaire est limité au « dépistage de masse », et les résultats sont délicats à utiliser dans un contexte médico-légal : le THC qui est décelé dans la salive correspond à celui qui est séquestré au niveau buccal (dentaire...) lorsque l'utilisateur consomme du chanvre indien par voie inhalée. La concentration du THC dans la salive décroît rapidement, au point d'être inférieure à 10 µg/L environ 2 heures après avoir fumé. Ces concentrations de THC dans la salive ne sont que temporairement corrélées aux concentrations sanguines, et une variabilité trop importante ne permet pas de prédire une concentration sanguine à partir d'une concentration salivaire [26-29].

Du THC peut se retrouver être présent dans la salive à des concentrations significatives la suite d'une exposition passive [30, 31]. Le THC, et le THC-COOH passent du sang vers la salive, mais à des concentrations très faibles : généralement inférieures à 0,5 µg/L en ce qui concerne le THC-COOH [32, 33]. Chez des consommateurs réguliers, le THC-COOH peut

perdurer dans la salive plus de 48 heures, mais à des concentrations généralement inférieures à 0,1 µg/L [31, 34].

## SUIVI DE SEVRAGE

L'évaluation d'un sevrage cannabis demeure problématique et « débattue ». Comme évoqué précédemment, lors d'un sevrage, l'organisme du consommateur va se « détoxifier ». Son organisme va donc éliminer des cannabinoïdes et métabolites, à des concentrations « relativement faibles, mais significatives ».

Le THC et ses métabolites peuvent demeurer présents dans le sang plus de 7 jours après un sevrage [16, 35-37]. Dans les urines, les concentrations de THC-COOH demeurent importantes, et suffisante pour positiver les tests immunochimiques de dépistage, pendant plusieurs semaines [38-41]. Du THC et du 11OH-THC semblent pouvoir être décelés également pendant plusieurs jours, jusqu'à 24 jours [40]. Et comme indiqué précédemment, dans les cheveux, il semblerait qu'un relargage de THC puisse être observé [23].

Il existe très peu de publications traitant du sujet de ce suivi, et donc de la possibilité de la détection d'une nouvelle consommation.

Certains auteurs suggèrent une nouvelle consommation lorsque les concentrations urinaires de THC-COOH sont supérieures à 20 ou 50 µg/L [42-44].

Une étude assez ancienne propose d'utiliser le moyen suivant : mesure urinaire du THC-COOH par immunochimie (EMIT), rapport des concentrations urinaires de THC-COOH à la créatinine urinaire, ratio de ces rapports, d'une urine par rapport à la suivante (délai > 24 h).

Un ratio supérieur à 1,5 « serait » alors signe d'une nouvelle consommation (0,1 % de faux positifs et 24 % de faux négatifs) [45].

Une série d'études de la NIDA propose des « outils » similaires, mais en tenant compte des délais séparant les 2 recueils d'urine [46, 47].

Une étude plus récente de la même équipe [48] propose la même approche, mais avec une modélisation : modèle mono-exponentiel avec 2 paramètres (rapport de la concentration urinaire en THC-COOH à la créatinine urinaire de la première urine ; délais entre les 2 prélèvements urinaires) basé sur l'algorithme de Marquardt-Levenberg : mesure urinaire des concentrations (formes non conjuguées + conjuguées) de THC-COOH par CG-SM (48 sujets – 2 377 urines pour la modélisation / 68 sujets – 1 100 urines pour la validation du modèle / LOQ THC-COOH de 2,5 µg/L) sur 30 jours, apport des concentrations urinaires de THC-COOH à la créatinine urinaire. Leur modèle permet de fixer un ratio au-delà duquel une



nouvelle consommation est suggérée. Toutefois, ils proposent des « règles » additionnelles d'utilisation afin de limiter les faux positifs...

Autrement dit, à ce jour, aucune méthode basée sur des analyses urinaires ne présentent des arguments convaincants pour utilisation en pratique médico-légale.

L'utilisation d'analyse capillaire (en particulier le dosage capillaire du THC-COOH) constitue une approche alternative intéressante dans le suivi de sevrage. En cas de sevrage, les cannabinoïdes et leurs métabolites doivent logiquement devenir indétectables dans les cheveux. C'est là, d'ailleurs, une application des analyses capillaires dans le cadre de la procédure de restitution du permis de conduire [49].

## CONCLUSION

Le cannabis est aujourd'hui un produit de grande consommation. Dans un contexte médico-légal, le toxicologue se trouve confronté à des demandes croissantes concernant le dépistage et le suivi du sevrage des consommateurs. Les outils analytiques à même de répondre à ces questions existent, mais l'interprétation des résultats est souvent délicate. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] OFDT, Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *OFDT Tendances* 2015; 99, 8p.
- [2] Laqueille X, Launay C, Kanit M. Les troubles psychiatriques et somatiques induits par le cannabis. *Ann Pharm Fr* 2008;66(4):245-254.
- [3] Pélissier F, Claudet I, Pélissier-Alicot AL, et al. Parental cannabis abuse and accidental intoxications in children: prevention by detecting neglectful situations and at-risk families. *Pediatr Emerg Care* 2014;30(12):862-6.
- [4] Grotenhermen F. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clin Pharmacokinet* 2003;42(4):327-360.
- [5] Goullé JP, Sausseureau E, Lacroix C. Pharmacocinétique du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC). *Ann Pharm F* 2008;66(4):232-244.
- [6] Huestis MA. Pharmacokinetics and metabolism of the plant cannabinoids, delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol. *Handb Exp Pharmacol* 2005(168):657-690.
- [7] Harvey DJ, Brown NK. Comparative in vitro metabolism of the cannabinoids. *Pharmacol Biochem Behav* 1991;40(3):533-540.
- [8] Lemberger L, Crabtree RE, Rowe HM. 11-hydroxy-9-tetrahydrocannabinol: pharmacology, disposition, and metabolism of a major metabolite of marijuana in man. *Science* 1972;177(4043):62-64.
- [9] Bornheim LM, Lasker JM, Raucy JL. Human hepatic microsomal metabolism of delta 1-tetrahydrocannabinol. *Drug Metab Dispos* 1992;20(2):241-246.
- [10] Watanabe K, Yamaori S, Funahashi T, et al. Cytochrome P450 enzymes involved in the metabolism of tetrahydrocannabinols and cannabinol by human hepatic microsomes. *Life Sciences* 2007;80:1415-1419.
- [11] Watanabe K, Matsunaga T, Kimura T, et al. Major cytochrome P450 enzymes responsible for microsomal aldehyde oxygenation of 11-oxo-Delta8-tetrahydrocannabinol and 9-anthraldehyde in human liver. *Drug Metab Pharmacokinet* 2002;17(6):516-52.
- [12] Mazur A, Lichti CF, Prather PL, et al. Characterization of human hepatic and extrahepatic UDP-glucuronosyltransferase enzymes involved in the metabolism of classic cannabinoids. *Drug Metab Dispos* 2009;37(7):1496-1504.
- [13] Stout SM, Cimino NM. Exogenous cannabinoids as substrates, inhibitors, and inducers of human drug metabolizing enzymes: a systematic review. *Drug Metab Rev* 2014;46(1):86-95.
- [14] Wall ME, Sadler BM, Brine D, et al. Metabolism, disposition, and kinetics of delta-9-tetrahydrocannabinol in men and women. *Clin Pharmacol. Ther* 1983;34(3):352-363.
- [15] Boskovic R, Klein J, Woodland C, et al. The role of the placenta in variability of fetal exposure to cocaine and cannabinoids: a twin study. *Can J Physiol Pharmacol* 2001;79(11):942-5.
- [16] Karschner EL, Schilke EW, Lowe RH, et al. Implications of Plasma  $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol, 11-Hydroxy-THC, and 11-nor-9-Carboxy-THC Concentrations in Chronic Cannabis Smokers. *J Anal Toxicol* 2009;33(8):469-77.
- [17] Ellis GM, Mann MA, Judson BA et al. Excretion patterns of cannabinoid metabolites after last use in a group of chronic users. *Clin. Pharmacol. Ther* 1985;38(5):572-78.
- [18] Cone EJ, Johnson RE, Darwin WD, et al. Passive inhalation of marijuana smoke : urinalysis and room air levels of delta-9- tetrahydrocannabinol. *J Anal Toxicol* 1987;11:89-96.
- [19] Boucher A, Vilette P, Crassard N, et al. Urinary toxicological screening: analytical interference between niflumic acid and cannabis. *Arch Pediatr* 2009;16(11):1457-60.
- [20] Consensus de la SFTA de décembre 2004. *Ann Toxicol Anal* 2004;16:229.
- [21] SoHT recommendation for hair testing in forensic cases. *Forensic Sci Int.* 2004;145:83.
- [22] Jurado C. Interpretation of results in hair analysis. Annual Meeting of the Society of Hair Testing, Cardiff, UK, Mai 2007.
- [23] Pragst F, Balikova MA., State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clinica chimica Acta* 2006;370:17-79.
- [24] Uhl M, Sachs H. Cannabinoids in hair: strategy to

- prove marijuana/hashish consumption. *Forensic Sci Int* 2004;145(2-3):143-7.
- [25] Dulaurent S, Gaulier JM, Imbert L, *et al.* Simultaneous determination of  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol, cannabidiol, cannabinol and 11-nor- $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid in hair using liquid chromatography – tandem mass spectrometry. *Forensic Sci Int* 2014;236:151-156.
- [26] Perez-Reyes M, Di Guiseppi S, Davis KH, *et al.* Comparison of effects of marijuana cigarettes of three different potencies. *Clin Pharmacol Ther* 1982;31:617-24.
- [27] Huestis MA, Cone EJ. Relationship of delta 9-tetrahydrocannabinol concentrations in oral fluid and plasma after controlled administration of smoked cannabis. *J Anal Toxicol* 2004;28:394-9.
- [28] Kauert GF, Ramaekers JG, Schneider E, *et al.* Pharmacokinetic properties of delta9-tetrahydrocannabinol in serum and oral fluid. *J Anal Toxicol* 2007;31:288-93.
- [29] Cone EJ, Huestis MA. Interpretation of oral fluid tests for drugs of abuse. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1098:51-103.
- [30] Niedbala RS, Kardos KW, Fritch DF, *et al.* Passive cannabis smoke exposure and oral fluid testing. II. Two studies of extreme cannabis smoke exposure in a motor vehicle. *J Anal Toxicol* 2005;29(7):607-15.
- [31] Milman G, Barnes AJ, Schwoppe DM, *et al.* Cannabinoids and metabolites in expectorated oral fluid after 8 days of controlled around-the-clock oral THC administration. *Anal Bioanal Chem* 2011;401(2):599-607.
- [32] Moore C, Coulter C, Rana S, *et al.* Analytical procedure for the determination of the marijuana metabolite 11-nor-delta9-tetrahydrocannabinol-9-carboxylic acid in oral fluid specimens. *J Anal Toxicol* 2006;30:409-12.
- [33] Day D, Kuntz DJ, Feldman M, Presley L. Detection of THCA in oral fluid by GC-MS-MS. *J Anal Toxicol* 2006;30:645-50.
- [34] Desrosiers NA, Lee D, Schwoppe DM, Milman G, *et al.* On-site test for cannabinoids in oral fluid. *Clin Chem* 2012;58(10):1418-25.
- [35] Karschner EL, Schwilke EW, Lowe RH, *et al.* Do Delta9-tetrahydrocannabinol concentrations indicate recent use in chronic cannabis users? *Addiction* 2009;104(12):2041-8.
- [36] Karschner EL, Schwilke EW, Lowe RH, *et al.* Implications of Plasma  $\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol, 11-Hydroxy-THC, and 11-nor-9-Carboxy-THC Concentrations in Chronic Cannabis Smokers. *J Anal Toxicol* 2009;33:469-77.
- [37] Mura P, Brunet B, Lebrun A, *et al.* Hyperémèse canabique et élimination prolongée du THC : nos connaissances remises en question ! Communication au Congrès Annuel de la SFTA, Juin 2013, St Malo, France.
- [38] Smith-Kielland A, Skuterud B, Mørland J. Urinary Excretion of 11-nor-9-carboxy-delta-9- tetrahydrocannabinol and cannabinoids in frequent and infrequent drug users. *J Anal Toxicol* 1999;23:323-32.
- [39] Goodwin RS, Darwin WD, Chiang CN, *et al.* Urinary Elimination of 11-Nor-9-Carboxy- 9- tetrahydrocannabinol in Cannabis Users During Continuously Monitored Abstinence. *J Anal Toxicol* 2008;32:562-6.
- [40] Lowe R, Abraham T, Darwin W, *et al.* Extended Urinary delta 9 Tetrahydrocannabinol Excretion in Chronic Cannabis Users Precludes Use as a Biomarker of New Drug Exposure. *Drug Alcohol Depend* 2009;105:24-32.
- [41] Huestis MA, Cone EJ. Urinary excretion half-life of 11-nor-9-carboxy-delta-9-tetrahydrocannabinol in humans. *Ther Drug Monit* 1998;20:570-576.
- [42] Fraser AD, Worth D. Monitoring urinary excretion of cannabinoids by fluorescence-polarization immunoassay: a cannabinoid-to-creatinine ratio study. *Ther Drug Monit* 2002;24:746-750.
- [43] Fraser AD, Worth D. Urinary excretion profiles of 11-nor-9-carboxy-delta-9-tetrahydrocannabinol: a delta-9-THC-COOH to creatinine ratio study #2. *Forensic Sci Int* 2003;133:26-31.
- [44] Fraser AD, Worth D. Urinary excretion profiles of 11-nor-9-carboxy-Delta9-tetrahydrocannabinol. Study III. A Delta9-THC-COOH to creatinine ratio study. *Forensic Sci Int* 2003;137:196-202.
- [45] Manno JE, Ferslew KE, Manno, BR. Urine excretion patterns of cannabinoids and the clinical application of the EMIT-d.a.u. cannabinoid urine assay for substance abuse treatment. In: Dewey, WL.; Willette, RE., editors. *The Cannabinoids: Chemical, Pharmacologic, and Therapeutic Aspects*. Orlando: Harcourt Brace Jonanovich; 1984. p. 281-90.
- [46] Huestis MA, Cone EJ. Differentiating new marijuana use from residual drug excretion in occasional marijuana users. *J Anal Toxicol* 1998;33:445-454.
- [47] Smith ML, Barnes AJ, Huestis MA. Identifying New Cannabis Use with Urine Creatinine-Normalized THCCOOH Concentrations and Time Intervals Between Specimen Collections. *J Anal Toxicol* 2009;33:185-189.
- [48] Schwilke EW, Gullberg RG, Darwin WD, *et al.* Differentiating new cannabis use from residual urinary cannabinoid excretion in chronic, daily cannabis users. *Addiction* 2011;106(3):499-506.
- [49] Dulaurent S, Gaulier JM, Imbert L, *et al.* Intérêt de l'acquisition MS3 apportée par la technologie QTRAP : dosage simultané du  $\Delta^9$ -THC, du CBN, du CBD et du  $\Delta^9$ -THC-COOH dans les cheveux par CL-SM/SM. Présentation au 21<sup>e</sup> Congrès de la Société Française de Toxicologie Analytique, St Malo, France, Juin 2013.

# ÉTUDE DES ATTENTES DES PATIENTS RELATIVES À L'INFORMATION DÉLIVRÉE PAR LES MÉDECINS EN CÔTE D'IVOIRE

*STUDY OF PATIENTS' EXPECTATIONS REGARDING  
INFORMATION DELIVERED BY DOCTORS IN CÔTE D'IVOIRE*

Par K. BOTTI<sup>1\*</sup>, KMEV. EBOUAT<sup>1</sup>, M. DJODJO<sup>1</sup>, Z. KONATE<sup>2</sup>, GJEA. DJODIRO<sup>2</sup> & H. YAPO ETTE<sup>1</sup>

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

## RÉSUMÉ

**Objectif :** Décrire et analyser les attentes des patients liées à l'information délivrée par les médecins en vue de favoriser leur participation aux soins.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une enquête à visée descriptive et analytique réalisée du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 juin 2016 au CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) et ayant concerné 245 patients.

**Résultats :** La majorité des patients étaient de sexe féminin (53,5%) avec un âge moyen de 38,6 ans. Ils avaient recours aux médias pour s'informer (51,8%) mais la plus grande quantité d'informations provenait des médecins (70,6%). Ils attendaient une information portant sur le diagnostic (70,2%) et le traitement (71%) qui devait être délivrée de manière complète (67,5%), avec des termes simples (67,6%) et sans cacher la vérité (68,8%), parce que cela les rassurait (76,3%), les encourageait à suivre le traitement prescrit (53,9%) et renforçait leur confiance envers le médecin (46,1%). La majorité des patients avaient le

sentiment d'avoir été écoutés par leurs médecins (81,6%) notamment ceux âgés de plus de 65 ans, ( $p < 0,05$ ). La plupart d'entre eux (69%), en particulier ceux de sexe masculin et de niveau scolaire élevé avaient le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques ( $p < 0,05$ ) mais ne préféraient pas prendre plus de décisions eux-mêmes (68%).

**Conclusion :** La mise en place d'une loi permettra de renforcer les droits des patients et leur participation aux décisions concernant leur état de santé en Côte d'Ivoire.

## MOTS-CLÉS

Médecine légale, Information, Patients, Médecins, Bouaké (Côte d'Ivoire).

## ABSTRACT

**Objective:** To describe and analyze patient expectations related to information provided by physicians to facilitate their participation in care.

**Materials and methods:** This was a descriptive and analytical survey conducted from 1 March 2016 to 30

1. UFR Sciences Médicales d'Abidjan-Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody (Côte d'Ivoire).
2. UFR Sciences Médicales de Bouaké-Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire).

\* Auteur correspondant : Koffi BOTTI  
Adresse mail : bottikoffi@yahoo.fr

June 2016 at the University Teaching Hospital of Bouaké (Côte d'Ivoire) and involving 245 patients.

**Results:** The majority of patients were female (53.5%) with an average age of 38.6 years. They used the media to get information (51.8%) but the greatest amount of information came from doctors (70.6%). They expected information about the diagnosis (70.2%) and treatment (71%), which had to be delivered in a complete way (67.5%), with simple terms (67.6%) and without hiding the truth (68.8%) because it reassured them (76.3%), encouraged them to follow the prescribed treatment (53.9%), and strengthened their confidence in the physician (46.1%). The majority of patients felt that they had been listened to by their doctors (81.6%), especially those over 65 years of age ( $p < 0.05$ ). Most of them (69%), especially those who were male and of a higher educational level, felt they were involved in treatment decisions ( $p < 0.05$ ) but preferred not to make more decisions themselves (68%).

**Conclusion:** The implementation of a law will strengthen the rights of patients and their participation in decisions concerning their health in Côte d'Ivoire.

## KEYWORDS

*Forensic medicine, Information, Patients, Doctors, Bouaké (Côte d'Ivoire).*

## INTRODUCTION

La question de l'information médicale est au cœur des grands changements dans le milieu sanitaire et surtout dans l'amélioration de la relation médecin-malade. Être informé est plus qu'une nécessité pour le patient, c'est un droit, car il doit être l'ultime décideur des choix qui concernent sa santé. Le médecin est donc tenu de lui apporter les informations nécessaires en vue d'obtenir son consentement libre et éclairé, ce qui lui permet de prendre une décision objective, en toute connaissance de cause sur les prestations qui lui sont proposées, concernant son état de santé. De plus, une meilleure communication entre le médecin et le patient améliore leur satisfaction respective, notamment la qualité de vie du patient en réduisant son anxiété, le suivi du traitement et les résultats cliniques [5]. L'information étant la clé de cette communication, elle doit être claire, précise, complète et comprise par le patient. Aujourd'hui avec l'évolution de la technologie notamment des médias, les patients sont de plus en plus informés sur leurs droits en matière de santé, et l'absence d'écoute ou d'explications suffisantes par le médecin, est l'une des principales

plaintes des patients vis-à-vis de celui-ci [1]. Il devient donc impératif pour le médecin ou le professionnel de la santé de prendre en compte les désirs des patients et d'être la meilleure source de l'information pour ces derniers. En Côte d'Ivoire, les données de la littérature médicale sur ce sujet sont rares et ce constat a motivé la réalisation de cette étude au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké dont l'objectif était de décrire et d'analyser les attentes des patients liées à l'information délivrée par les médecins en vue de contribuer à l'amélioration de la relation médecin-patient et favoriser la participation des patients aux soins.

## I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de quatre (04) mois (du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 juin 2016) au Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire). Elle a pris en compte 245 patients ayant accepté de répondre au questionnaire alternant des questions ouvertes et fermées, soit hétéro-administrées, soit auto-administrées. La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche anonyme recueillant d'une part les données sociodémographiques (l'âge, le sexe, la profession, le nombre d'hospitalisations antérieures, le diagnostic de la maladie et l'amélioration de leur état de santé) et d'autre part des questions spécifiques à l'étude dont les réponses permettaient d'explorer la façon dont les patients s'informaient en matière de santé, l'importance de l'information pour les patients, la qualité, le contenu et les modalités de délivrance de l'information souhaitée par les patients, les limites à la délivrance de l'information, la satisfaction des patients relative à l'information délivrée par les médecins, l'écoute des patients par les médecins et le rôle d'un accompagnant lors de la délivrance de l'information. Cette enquête a été réalisée avec l'autorisation du Directeur médical et scientifique de cette structure sanitaire, l'accord de chaque patient et dans le respect du secret médical.

Le test du  $\chi^2$  a été utilisé pour rechercher le lien entre les paramètres sociodémographiques et les réponses des patients. Le lien était statistiquement significatif pour une valeur de  $p < 0,05$ .

## II. RÉSULTATS

L'exploitation des données permet d'organiser les réponses des patients autour des axes suivants :





## II.1. Données sociodémographiques

Les patients enquêtés étaient issus des services d'hospitalisation (68,6%), du pool de consultation (24,1%) et des urgences (7,3%). La majorité des patients étaient de sexe féminin (53,5%) avec un sex-ratio égal à 0,9 et appartenaient aux tranches d'âge de 12-25 ans (21,2%), 26-35 ans (33,5%) et 36-45 ans (13,9%), l'âge moyen étant de 38,6 ans. Ils étaient scolarisés (53,5%) dont 39,6% avaient fait des études supérieures. Ces patients étaient composés en majorité de ménagères (22,4%) et d'élèves et étudiants (21,2%). La plupart d'entre eux n'avaient jamais été hospitalisés ou étaient à leur première hospitalisation (73,1%) et ne connaissaient pas le diagnostic de leur maladie (51%). Ils trouvaient que leur état de santé s'améliorait dans 78,4% des cas à cause de l'efficacité de la médecine (83,8%) mais également grâce à la relation de confiance avec le médecin (16,2%).

## II.2. Réponses des patients aux questions spécifiques à l'étude

### II.2.1. Sources d'information des patients

Pour s'informer sur leur état de santé, la plupart des patients (51,8%) avaient recours aux médias notamment Internet. Selon eux, la plus grande quantité d'informations provenait de leurs médecins (70,6%) et de l'entourage (18,8%) et pour la qualité de l'information, ils accordaient plus de confiance à l'information apportée par leur médecin (86,1%). Le recours aux médias était lié à l'âge, au sexe, au niveau de scolarisation et au nombre d'hospitalisation des patients ( $p < 0,05$ ). Les patients de sexe masculin, âgés de 12 à 35 ans, de niveau scolaire élevé et hospitalisés plus de 5 fois dans leur vie utilisaient plus les médias sur la santé.

### II.2.2. Caractéristiques de l'information attendue par les patients

Pour les patients, l'information attendue des médecins devait porter sur le traitement (71%) et le diagnostic (70,2%) mais aussi sur les risques liés au traitement (41,2%) et les conséquences résultant de l'absence de soins (40,8%). Cette information devait être délivrée de manière complète (67,5%), avec des termes simples (67,6%) et sans cacher la vérité (68,8%). Pour 61,6% des patients, il n'existe aucune situation justifiant que le médecin ne les informe pas totalement tandis que pour 36,7% d'entre eux, il existe des situations notamment en cas de maladie grave (80%) où ils préféraient ne pas être informés pour ne pas être inquiétés (70%).

## II.2.3. Importance et effets de l'information chez les patients

La majorité des patients (98,8%) estimaient qu'il était important qu'ils soient bien informés sur la prise en charge de leur santé parce que cela les rassurait (76,3%), les encourageait à suivre le traitement prescrit (53,9%), renforçait leur confiance envers le médecin (46,1%), améliorait l'efficacité du traitement (37,1%), leur permettait d'avoir un droit de surveillance (29,8%) et une plus grande autonomie (28,6%).

Pour la majorité des patients (69%), le fait d'être informé leur donnait le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques concernant leur santé. Ce sentiment de participation aux décisions était lié au sexe et au niveau de scolarisation ( $p < 0,05$ ) et les patients de sexe masculin ayant un niveau scolaire élevé avaient plus le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques. En outre, la plupart d'entre eux ne préféraient pas prendre plus de décisions eux-mêmes (68%) et cette prise de décisions était liée au niveau scolaire ( $p < 0,05$ ), les patients ayant un niveau scolaire élevé voulant prendre de décisions eux-mêmes concernant leur état de santé.

Dans 59,2% des cas, les patients se disaient satisfaits de l'information délivrée par le médecin tandis que 39,6% d'entre eux n'avaient pas donné d'avis sur cette question. Leur satisfaction était liée à l'âge et au nombre d'hospitalisation ( $p < 0,05$ ). Les patients âgés de plus de 45 ans et ayant été hospitalisés plus de 5 fois se disaient plus satisfaits que les autres.

### II.2.4. Obstacles à la délivrance de l'information

Pour les patients, les obstacles à la délivrance de l'information étaient dus à leur propre fait (51,8%) mais aussi du fait des médecins (46,5%). Les patients se mettaient en cause eux-mêmes parce qu'ils avaient peur de poser les questions (42,5%), posaient les questions après la consultation (41,7%) ou bien que ces questions étaient mal formulées (27,5%). Les obstacles liés aux médecins, s'expliquaient selon les patients par une consultation trop courte (51,7%), l'utilisation d'un vocabulaire incompréhensible (28%) et par une rétention d'informations par les médecins (28%).

### II.2.5. Demande d'écoute des patients

La plupart des patients avaient le sentiment d'avoir été écoutés par les médecins lors de leur prise en charge (81,6%). Ce sentiment était lié à l'âge ( $p < 0,05$ ) et les patients de plus de 65 ans étaient ceux qui avaient plus le sentiment d'avoir été écoutés par les médecins.



### II.2.6. Accompagnement par un proche

La majorité des patients (60,4%) étaient accompagnés par un proche lors de leur prise en charge et 43,9% parmi eux le faisait pour se sentir soutenus physiquement et moralement alors que pour 14,9% d'entre eux, l'accompagnant jouait le rôle d'interprète, ce qui leur permettait de mieux mémoriser et comprendre les propos du médecin (52,2%).

## III. DISCUSSION

Les patients enquêtés étaient issus des différents services de cet établissement de santé. Ils étaient majoritairement des adultes jeunes appartenant à la tranche d'âge de 26-35 ans, l'âge moyen étant de 38,6 ans, scolarisés dans plus de la moitié des cas (53,5%) et ayant le plus souvent un niveau d'études supérieures (39,6%) mais la part des patients non scolarisés n'était pas négligeable puisqu'ils représentaient 46,5% des cas. Cette population était également à prédominance féminine (53,5%) avec un sex-ratio égal à 0,9 et composée essentiellement de ménagères (22,4%) et d'élèves et d'étudiants (21,2%). Cette prédominance d'adultes jeunes de sexe féminin avait été également retrouvée au Sénégal par **Diouf** dans une étude sur l'évaluation de la satisfaction des patients à Dakar en 2010 et par **Touré** en 2012 avec cependant, un âge moyen de 32 ans [3, 19]. La part importante des femmes fréquentant l'hôpital, pourrait s'expliquer selon l'OMS par le fait que si les hommes et les femmes sont confrontés à des problèmes similaires dans le domaine de la santé, les femmes vivant plus longtemps, ne sont pas nécessairement en bonne santé. Elles sont confrontées à des états dont elles font seules l'expérience et supportent seules les conséquences négatives notamment la grossesse et l'accouchement qui comportent des risques pour leur santé. De plus, même si certains problèmes touchent les hommes et les femmes, ils ont un impact plus grand ou différent sur les femmes qui ont plus de difficultés à accéder aux soins dont elles ont besoin [15]. La plupart de ces patients étaient à leur première hospitalisation ou n'avaient jamais été hospitalisés auparavant (73,1%), ignoraient le diagnostic de leur maladie (51%) mais ressentaient cependant une amélioration de leur état de santé (78,4%) qu'ils avaient surtout imputé à l'efficacité de la médecine (83,8%) et dans une moindre proportion à la relation de confiance avec leurs médecins (16,2%). C'est d'ailleurs pour entretenir cette relation de confiance que ces patients souhaitaient être informés et en particulier par le médecin qui représente à leurs yeux la principale source d'information puisque c'est de lui qu'ils recevaient la plus grande quantité d'information (70,6%) et c'est également à

lui qu'ils font confiance pour recevoir une information de qualité concernant leur maladie (86,1%) même s'ils avaient recours aux médias notamment Internet (51,4%) et dans une moindre mesure, à l'entourage (18,8%). Toutefois, l'utilisation des médias dans la recherche de l'information ne concernait que les patients de moins de 36 ans, de sexe masculin et ayant un niveau scolaire élevé ( $p < 0,05$ ). Nos résultats concordent avec ceux de **Michot** qui plaçaient le médecin traitant comme l'acteur le plus légitime pour diffuser l'information de qualité aux patients en France en 2001 [13]. Ils concordent également pour ce qui concerne la place des médias dans cette quête d'information des patients même s'il s'agissait d'une population plutôt jeune, les patients non scolarisés, le plus souvent âgés et ne comprenant pas le français ne pouvaient utiliser ces médias. Pour la quasi-totalité des patients de notre étude (98,8%), il était important qu'ils soient informés sur leur état de santé en raison des effets positifs de l'information pour eux. En effet, dans la plupart des cas, le fait d'être informé par les médecins rassurait les patients (76,3%) et les encourageait à suivre le traitement prescrit (53,9%) mais cela renforçait également leur confiance envers le médecin (46,1%). En outre, le fait de recevoir l'information donnait aux patients le sentiment que cela améliorerait l'efficacité du traitement (37,1%), qu'ils étaient un acteur de leur prise en charge dans la mesure où ils avaient le sentiment d'avoir un droit de regard et de contrôle sur cette prise en charge (29,8%) et une plus grande autonomie (28,6%). Ces effets bénéfiques de l'information chez les patients expliquent le fait que pour la plupart d'entre eux (61,6%), aucune situation quelle qu'elle soit ne devait les priver de ce droit même si certains parmi eux (36,7%) admettaient, la possibilité de dissimulation d'informations par le médecin surtout en cas de maladie grave (80%) pour ne pas être inquiétés, rassurés que le médecin mettra tout en œuvre pour leur donner les soins appropriés (70%). Cette pensée rejoint l'idée de **Steudler** selon laquelle, l'information influence la relation médecin-patient et aide les patients à surmonter leurs inquiétudes quand ils entrent en contact avec le système de santé et les médecins [17]. C'est pourquoi, concernant le contenu, les patients souhaitaient surtout que le médecin leur délivre une information portant non seulement sur le diagnostic y compris les moyens utilisés à cette fin (70,2%) mais également sur le traitement (71%) qui sont les deux phases importantes de l'acte médical. Ils souhaitaient également être informés sur les risques liés à ce traitement (41,2%) de même que les conséquences résultant de l'absence de soins (40,8%) et pour cela, les médecins devaient leur délivrer cette information avec des termes simples (67,6%), de manière complète (67,5%) et surtout sans leur cacher la vérité (68,8%), c'est-à-dire compréhensible en vue d'éclairer leur consentement à l'acte médical. Cette attente des patients ne fait que conforter les disposi-

tions du Code de déontologie médicale qui recommande aux médecins de donner aux patients une information claire, loyale et appropriée, adaptée à chaque cas [11]. Il s'agit donc d'une information de qualité attendue par les patients, ce qui devait combler leurs attentes et les satisfaire bien que le concept de satisfaction de la clientèle soit une notion subjective [8]. A ce propos, les avis des patients de notre étude étaient partagés puisque 59,2% d'entre eux en particulier ceux âgés de plus de 45 ans et ayant l'expérience de l'hospitalisation se disaient satisfaits ( $p < 0,05$ ) alors que 39,6% ne souhaitaient répondre à cette question, émettant ainsi des réserves. Même, s'il n'existe pas de lien avec la nature de la maladie ( $p > 0,05$ ), nos résultats ont montré que les patients les plus satisfaits, étaient ceux qui connaissaient leur diagnostic. Nos résultats diffèrent à cet effet de ceux de **Leplège** qui a montré que la satisfaction des patients en France, était liée au niveau socio-éducatif et au sexe mais sans toutefois que ces associations soient constantes [9]. Le fait que certains patients ne souhaitaient donner leur avis sur la satisfaction peut faire suspecter l'existence de problèmes ne permettant pas l'expression de ce sentiment. En effet, contrairement à **Fournier**, qui a noté que le fait de recevoir beaucoup d'informations améliorait la satisfaction des patients [5], notre étude a montré qu'il existait des obstacles à la délivrance de l'information liée à une insuffisance d'information dont les responsables étaient d'une part les patients eux-mêmes (51,8%) et d'autre part, les médecins (46,5%). Le plus souvent, les patients ne souhaitaient pas être informés (70%) notamment en cas de maladie grave et avaient également peur de lui poser des questions (42,5%) qui dans bien des cas arrivaient après le temps de leur prise en charge (41,7%). Quant aux facteurs liés aux médecins et relevés par les patients, il s'agissait dans plus de la moitié des cas (51,7%) d'un temps de consultation jugé trop court mais aussi d'une communication non adaptée au niveau socio-culturel des patients car utilisant un vocabulaire trop technique, incompréhensible pour ces derniers (28%) et parfois d'une rétention de l'information par ces médecins, donnant l'impression de vouloir cacher la vérité sur leur état de santé (28%). Tous ces obstacles à la délivrance de l'information justifient la demande d'écoute des patients par les médecins et à ce titre, la majorité d'entre eux (81,6%) et en particulier ceux âgés de plus de 65 ans, donc les personnes âgées croyaient avoir été écoutées ( $p < 0,05$ ). En outre, bien que le sexe n'influence pas ce sentiment ( $p > 0,05$ ), le plus grand nombre de ces personnes âgées était recensé parmi les femmes. Soulignons cependant que l'écoute des patients âgés pose des problèmes aux médecins lorsque ceux-ci sont âgés de plus de 80 ans, ou s'ils sont issus de catégories socioprofessionnelles « inférieures », les médecins écoutant significativement mieux leurs patients s'ils sont issus de catégories socioprofessionnelles « supérieures », ou s'ils consultent pour un pro-

blème chronique [6]. Cette attente est légitime puisque l'écoute est nécessaire pour une meilleure communication interactive entre le médecin et son patient et qu'elle a une valeur d'information, de présence et d'aide à l'expression du patient. Pour **Leplège**, l'écoute attentive du patient par le médecin et la considération de la globalité de la personne de cet usager y compris son environnement socioculturel, sont des éléments qui renforcent l'empathie du médecin [9]. Pour d'autres auteurs, une bonne communication interactive présente des bénéfices dans la mesure où elle améliore la santé physique, psychologique et la satisfaction des patients, tout en rendant le travail du médecin plus gratifiant et moins frustrant même s'il existe des lacunes chez les médecins dans le domaine de l'écoute [2, 18]. En effet, selon **Beckman**, la majorité des plaintes et poursuites judiciaires contre les médecins notamment à New York était liée à un problème de relation ou de communication avec leurs patients dans 70-80% des cas [1]. Une bonne communication favorise l'implication des patients dans leur prise en charge et c'est le cas pour ceux de notre étude puisque la majorité d'entre eux (69%) se sentait impliquée dans leur prise et avaient le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques concernant leur santé. La participation du patient repose sur le principe du respect de sa personne et de son autonomie prenant en compte ses préférences et ses valeurs. Cette autonomie implique la notion de liberté, la capacité de délibérer, de décider et d'agir. Obtenir une plus grande implication des patients nécessite également de développer une culture professionnelle qui valorise le rôle actif de ce dernier tant au niveau des décisions à prendre qu'au niveau des soins mais sans le leur imposer, ce qui améliore l'observance des traitements et la qualité des soins [7, 12]. L'implication des patients dans la prise en charge de leur santé nécessite également une « décision médicale partagée » comprenant deux étapes fondamentales à savoir l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord [14, 16]. Cette implication du patient rejoint par conséquent la notion de « *démocratie sanitaire* » visée par la loi du 4 mars 2002 en France relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [10]. La démocratie sanitaire, c'est la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur, d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de co-décision, de participation active de ce dernier à son traitement [10]. En effet, le patient est au cœur du système de santé mais placé en situation de fragilité du fait de sa maladie, il peut éprouver un sentiment d'isolement et d'incompréhension pouvant être accentué dans le cas d'une hospitalisation. Dans notre étude, les patients de sexe masculin ayant un niveau scolaire élevé avaient plus le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques ( $p < 0,05$ ) mais ce sentiment contrastait avec la volonté du plus grand nombre de ne pas prendre plus de décisions eux-



mêmes (68%) notamment ceux qui n'étaient pas scolarisés ou ayant au maximum le niveau secondaire contrairement à ceux de niveau scolaire élevé qui préféraient prendre plus de décisions eux-mêmes ( $p < 0,05$ ). Ce désir des patients de participer aux décisions thérapeutiques explique le fait que la majorité d'entre eux était accompagnée par un proche (60,4%) qui, outre le soutien physique et moral (43,9%), jouait le rôle d'interprète (14,9%) lorsque la langue constituait une barrière à la communication entre eux et les médecins, ce qui leur permettait de mieux mémoriser et comprendre les propos du médecin (52,2%). Selon l'étude REMEDE (Relation MEDecin-Entourage) réalisée en 2003 en France et rapportée par Fantino [4], la présence de l'entourage joue un rôle positif dans la relation médecin-patient dans 79% des cas notamment de soutien psychologique.

## CONCLUSION

L'importance de l'information dans la relation médecin-patient est bien perçue par les patients de notre étude qui souhaitent être informés par les médecins à qui ils font confiance pour la qualité de l'information, ce qui renforcera leur implication dans la prise en charge. Ce droit à l'information des patients passe par la mise en place d'une loi relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé en Côte d'Ivoire reconnaissant un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels en vue de satisfaire les attentes de ces patients. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of internal medicine*, 1994, 154(12), 1365-1370.
- [2] Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients ? *La Rev du Prat Med Gen*, 2003; 17(612) : 653-6.
- [3] Diouf M, Cissé D, Lo CMM, Faye D, Traoré R. Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, 41(3), 225-230.
- [4] Fantino B, Wainsten J P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé publique*, 2007, 19(3), 241-252.
- [5] Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique* 2007, 19, 413-425.
- [6] Groupe d'action prioritaire « communication » de la SIFEM. La formation à la communication professionnelle en santé dans les Facultés de médecine d'expression française : la nécessité d'agir ! Document de travail 2010. Disponible sur le site <http://www.cid-mef.u-bordeaux2.fr>.
- [7] Haute Autorité de Santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etat des lieux. Service Bonnes pratiques professionnelles, octobre 2013 ; 74 p. Disponible sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- [8] Lairy G. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Service d'Evaluation Hospitalière de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), septembre 1996 ; 35 p.
- [9] Leplège A, Coste J. *Mesure de la santé perçue et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Editions Estem 2002.
- [10] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF* du 5 mars 2002.
- [11] Loi n° 62-248 du 31 juillet 1962 instituant un Code de déontologie médicale ivoirien.
- [12] Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006, 60(3), 301-12.
- [13] Michot M, Nicodème R, Pochard F, Lauwers V, Lauque D, Vidal M. Evaluation de l'information donnée au patient en médecine générale. *Exercer*, 2001, vol. 61, 13-16.
- [14] Moumjid N, Nguyen F, Brémond A, Mignotte H, Faure C, Meunier A, Carrère MO. Préférences des patients et prise de décision : état des lieux et retour d'expérience en cancérologie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2008, 56(4), S231-S238.
- [15] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les femmes et la santé. La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain. Rapport 2009 ; 94 p. Disponible sur le site [apps.who.int](http://apps.who.int).
- [16] Politi MC, Wolin KY, Legare F. Implementing clinical practice guidelines about health promotion and disease prevention through shared decision making. *J Gen Intern Med* 2013, 28(6), 838-44.
- [17] Steudler F. L'accueil pour le malade, c'est une attente. *J Econ Med*. 1990, 10, 367-79.
- [18] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 9(152), 1423-33.
- [19] Touré PS, Leye A, Diop PM, Leye YM, Diop M, Ndiaye N, El Fajri S, Fall M, Tall CT. Profil épidémiologique-clinique des patients observés dans un service d'urgences médicales dans un hôpital de banlieue. R.A.M.U.R. 2012 ; Tome 17, N° 2. Disponible sur le site : [saranf.net](http://saranf.net).



# EXPERTISE EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

## ÉTUDE DU FONDEMENT DE LA VÉRITÉ EXPERTAILE : FACTEURS DE MIS EN CAUSE EN CHIRURGIE DU RACHIS DANS UN CONTENTIEUX EN RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

*EXPERT ASSESSMENTS IN MEDICAL LIABILITY.  
STUDY OF THE BASIS OF EXPERT TRUTH:  
FACTORS OF BLAME IN SPINAL COLUMN SURGERY  
IN A DISPUTE OVER COMPENSATION FOR PHYSICAL INJURY*

Par S. HALLOUT<sup>1</sup>, M.D, MSc

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

### RÉSUMÉ

La chirurgie reste la spécialité la plus exposée aux demandes d'indemnisation pour dommage corporel. La faute doit être certaine pour que le chirurgien soit tenu responsable du dommage avec un lien de causalité direct et imputable. Le chirurgien est tenu de répondre à une obligation de moyens et de sécurité dans sa démarche de soins.

Le résultat de l'acte chirurgical est souvent le fruit d'une collaboration partagée bien que seule la responsabilité individuelle de celui qui est à l'origine du contrat médical avec le patient est engagée.

En chirurgie, il existe un coefficient aléatoire alimenté par le risque et l'incertitude de survenue d'un événement indésirable. Le chirurgien pose une indication thérapeutique dont les risques propres à l'individu, à sa pathologie et à l'ensemble des interactions sont imprévisibles. Cette imprévisibilité peut conduire à un sinistre couvert par l'assurance d'un professionnel de santé.

Le risque est indissociable de l'acte chirurgical, le but ultime de la chirurgie étant d'obtenir un résultat satisfaisant escompté avec une balance bénéfique/risque positive. L'obligation de moyens est primordiale et reste à la charge du chirurgien, même si dans de rares cas, la jurisprudence peut imposer une obligation de résultats lorsque l'acte technique est réputé simple à tel point que l'aléa thérapeutique ne peut se justifier. Les principales mises en cause du chirurgien dans le cadre de sa responsabilité civile sont l'indication opératoire non justifiée, l'information au patient absente ou insuffisante, la technique chirurgicale non conforme aux données acquises et récentes de la science, un acte chirurgical plus délabrant que prévu, une erreur de site opératoire, l'oubli d'un corps étranger, un suivi post-opératoire insuffisant.

Les principales condamnations prononcées à l'encontre du praticien sont dus dans la majorité des cas à un retard de diagnostic et/ou un retard de ré intervention, à une erreur technique surajoutée à une absence d'indication chirurgicale, à un défaut de consentement et/ou d'information avec une incompréhension du patient sur le contenu délivré.

L'expert est « un verre qui grossit les objets et sert au juge, qui a la faculté de s'en servir à examiner en toute liberté si les images qu'on lui présente sont déjà nettes », il s'appuie sur les faits pour reconnaître l'exis-

1. CHRU Strasbourg, Service Orthopédie, 67000 Strasbourg, France – mail : sabrina.hallout@neurochirurgie.fr

tence ou non d'un dommage et établir un lien de causalité direct imputable à l'acte chirurgical. Il confronte les données acquises de la science aux données du terrain chirurgical où s'entremêlent l'évaluation technique, l'évaluation humaine, la coopération pluridisciplinaire. Il devra déterminer si l'acte de soins a fait l'objet d'une maladresse, l'imprudence, l'inattention, la négligence ou le non-respect des protocoles.

En vue de déterminer la responsabilité du chirurgien, l'expert doit analyser l'indication opératoire et l'évolution spontanée sans chirurgie, les preuves de l'échec des alternatives thérapeutiques médicale, les objectifs de l'intervention et ses limites, la technique chirurgicale utilisée, le ratio bénéfices/risques prévu avant l'intervention, les alternatives thérapeutiques existantes au moment où l'indication chirurgicale a été proposée au patient, l'impact professionnel depuis que le dommage chirurgical a été reconnu.

A l'ère de la judiciarisation du geste chirurgical, le professionnel de santé devra appliquer le principe de médico-prudence juridique et les facteurs qui le sous-tendent.

La communication et l'humanisme du professionnel de santé sont les meilleurs armes du chirurgien contre toute mise en cause à tort du patient.

## MOTS-CLÉS

Chirurgie, Rachis, Sinistre, Vérité expertale, Expertise.

## ABSTRACT

*Surgery remains the speciality most exposed to demands for compensation for physical injury. There must be a certain fault for the surgeon to be held responsible for the injury with a direct and attributable causal link. The surgeon has to provide a best endeavour and safety in the care he dispenses.*

*The result of a surgical act is often the fruit of shared collaboration, although only the individual responsibility of the person who is at the origin of the contract with the patient is engaged.*

*In surgery, there is a random coefficient fuelled by the risk and uncertainty of the occurrence of an undesirable event. The surgeon sets out an indication of treatment in which the risks specific to the individual, his pathology and all the interactions are unforeseeable. This unpredictability may lead to an accident covered by the healthcare professional's insurance.*

*Risk cannot be dissociated from the surgical act, the ultimate aim of the surgery being to obtain an expected satisfactory result with a positive benefit/risk ratio. The sur-*

*geon's best endeavour is vital and is his responsibility, even though in rare cases, jurisprudence can impose a performance obligation when the technical act is reputed to be simple to the point that the argument of a random therapeutic risk cannot be justified.*

*The main reasons to blame the surgeon within the framework of his civil liability are an unjustified operation, lack of or insufficient information given to the patient, a surgical technique not in accordance with recent acquired scientific data, a surgical act more damaging than foreseen, an error as to the operating site, forgetting a foreign body, insufficient post-operative follow-up.*

*The main convictions pronounced against practitioners are mostly due to a delayed diagnosis and/or delayed re-intervention, a technical error added to a lack of surgical indication, a fault in the consent and/or information with a lack of understanding by the patient of the content delivered.*

*The expert is 'a glass that enlarges objects and serves the judge, who has the ability to use it to examine completely freely if the images that are presented to him are already clear', he relies on the facts to recognise the existence or not of an injury and establish a direct causal link attributable to the surgical act. He compares the data acquired by science and the data of the surgical field where technical assessment, human assessment and multi-disciplinary cooperation are intermingled. He has to determine whether the act involved clumsiness, carelessness, lapse of concentration, negligence or non-respect of the protocols.*

*With a view to determining the liability of the surgeon, the expert must analyse the indication for the operation and the spontaneous evolution without surgery, the proof of the failure of the alternative medical treatments, the objectives of the operation and its limits, the surgical technique used, the benefit/risk ratio expected before the intervention, the alternative treatments existing at the time when the surgical indication was proposed to the patient, the professional impact since the surgical injury has been recognised.*

*At a time when surgical acts are treated judicially, the healthcare professional has to apply the principle of legal medical prudence and the factors which underlie it.*

*Communication and the healthcare professional's humanism are the surgeon's best friends against any wrongful accusation by a patient.*

## KEYWORDS

*Surgery, Spinal column, Accident, Expert truth, Expert assessment.*

## INTRODUCTION

Longtemps installé dans un postulat d'infailibilité, le système de santé a dû faire face à des crises sanitaires (affaire du sang contaminé, organismes génétiquement modifiés, encéphalopathie spongiforme bovine) remettant au centre des préoccupations le droit des patients.

La société ne cesse d'augmenter la pression qui pèse sur les professionnels de santé. Le patient est de plus en plus exigeant, les outils informatiques lui permettent d'accéder à un portail médical l'informant des récentes innovations, et lui faisant part des expériences d'autres patients. Il se positionne de plus en plus comme un consommateur de soins, faisant émerger une obligation de résultats et de guérison.

Le chirurgien décrit comme l'« homme de peine de l'art de soigner » s'est engagé dans une volonté altruiste de secourir et sauver des vies, par souci d'humanité, de bonté et de don de soi.

L'acte chirurgical est un acte de soins médical, technique et scientifique en rapport avec l'intégrité corporelle, répondant au seul principe d'éviter au patient un risque lésionnel hors de proportion sans bénéfice thérapeutique escompté.

La qualité, l'efficacité et la sécurité du patient sont les maîtres mots de la prise en charge chirurgicale. L'obligation du chirurgien est de dispenser des soins consciencieux et adaptés à l'état du patient avec une exigence de moyens afin d'obtenir un résultat satisfaisant. L'obligation de sécurité lui impose de ne causer nul dommage supplémentaire à l'état de santé initial de son patient ou sans rapport avec sa pathologie.

Jusqu'à la loi Kouchner, il n'y avait aucune disposition législative spécifique à la responsabilité civile des professionnels de santé. Une évolution de la jurisprudence et une reconnaissance plus importante de préjudices inexistants ou non retenus auparavant, tels que le défaut d'information tendent à accroître la mise en responsabilité des professionnels de santé engendrant un coût pour les assurances.

L'erreur est humaine et indissociable de la notion de risque. L'erreur chirurgicale définie comme toute complication postopératoire sans commune mesure avec l'acte pratiqué et les suites attendues, elle crée un dommage et engage la responsabilité du chirurgien. De par son nom « expertus », l'expert désigne un homme ayant des connaissances élaborées dans son art pour éclairer le juge ou une commission médicale dans l'identification d'un dommage corporel et de son éventuel lien de causalité avec une décision ou la réalisation d'un acte de soins. L'expert doit répondre aux questions contenues dans sa mission afin de déterminer l'origine du dommage corporel, rechercher la conformité de la prise en charge aux données acquises et récentes de la science et réunir les éléments qui permettront au magistrat d'identifier une erreur, une

négligence l'imprudence, le manque de précaution, ou toute autre défaillance imputable à l'acte chirurgical et au chirurgien lui-même, sans jamais qualifier le comportement du praticien mis en cause. La qualification du comportement fautif relève de la fonction du magistrat en s'appuyant sur les conclusions de l'expert.

L'expertise judiciaire sollicite l'Homme de l'art, débiteur du vrai mais nul ne peut prétendre à la maîtrise complète d'une science évoluant entre certitude et incertitude, entre un savoir acquis et des hypothèses, par conséquent il émettra un avis technique fondé sur les faits. La mission d'expertise en responsabilité médicale est un exercice singulier et très riche en données d'analyse et de réflexion. Cet article étudie le raisonnement de l'expert répondant à sa mission d'expertise en responsabilité médicale. Les objectifs sont de rappeler les fondements de la relation chirurgien/patient, la responsabilité du chirurgien dans les actes de soins et comment la jurisprudence s'est enrichie au fil du temps avec les différents arrêtés de Cour de cassation.

Cette analyse du travail de l'expert à la recherche de vérité expertale en contentieux de responsabilité médicale permettra de prévenir le professionnel de santé des pièges à éviter fréquemment à l'origine de la sinistralité en chirurgie.

Cet article souligne la difficulté d'identifier l'origine du dommage corporel et un lien de causalité dans une discipline (la chirurgie), domaine dans lequel s'affrontent l'art de la science chirurgicale, la technique, la dextérité humaine, le travail en équipe pluridisciplinaire ?

L'immersion du droit dans la sphère chirurgicale est étroitement liée à l'évolution de la jurisprudence et à la judiciarisation progressive de la relation de soins. Les prémices de la responsabilité chirurgicale figuraient déjà dans les textes antiques du Code d'Hammourabi dans les 2000 ans avant J-C, évoquant la répression à affliger en cas d'échec thérapeutique. Le risque médical existait déjà au temps des services de santé de Ramsès II vers 1300 avant JC, se risquant à nettoyer les plaies des uns avec l'urine fraîche des autres. Dans le serment d'Hippocrate, il n'était nullement question de s'engager sur un résultat, le médecin était tenu de soulager les souffrances. En 1551, Ambroise Paré, chirurgien du roi Charles IX renvoyait au divin le sort de ses patients. Le médecin n'avait pas de responsabilité, c'était la volonté de Dieu qui s'exprimait à travers l'acte thérapeutique [1, 2, 3].

La judiciarisation s'est construite au fil du temps et a contribué au fondement de la responsabilité médico-chirurgicale selon les condamnations ou non des professionnels de santé incriminés.

En 1672, des missions d'expertise de l'époque rapportaient l'une des premières mises en cause d'un chirurgien

gien pour saignée intempestive et absence de résultat [4].

Au XVII<sup>e</sup> siècle, le corps médical bénéficiait d'une confiance aveugle des patients reposant sur l'ignorance masquée par un langage médical ésotérique dépeint par Molière qui illustre l'irresponsabilité des acteurs de santé dans sa pièce [5].

La relation de soins était fondée sur l'obéissance du patient, la parole du chirurgien était acceptée et la souffrance consentie : « le moyen pour le chirurgien de se faire obéir de ses malades, c'est de leur exposer les dangers qui résultent de leur désobéissance » [6].

La Déclaration royale de 1712 a imposé aux médecins l'obligation d'informer un patient atteint d'une maladie grave sous peine d'une sanction d'interdiction d'exercice médical. L'obligation d'information avait une finalité religieuse, celle de permettre au malade de se confesser [7].

La « médecine légale » définie comme l'art de constater l'état d'un corps violenté ou l'état de décès, apparue en 1777, était pratiquée par les médecins et chirurgiens jurés au Châtelet [8].

Entre 1804-1830, l'élaboration d'articles principes du Code de Procédure civile (CPC) ont fondé le concept de la responsabilité civile.

Au XX<sup>e</sup> siècle, plusieurs arrêts ont établi une jurisprudence en matière de responsabilité du professionnel de santé. L'arrêt **Mercier** du 20 mai 1936 affirma la supériorité de l'obligation de moyens sur l'obligation de résultat. Le médecin est donc soumis à une obligation de moyens à tous les stades (diagnostic, bilan préopératoire, intervention, surveillance post-opératoire) qui n'engage sa responsabilité civile que si le dommage causé à son patient est la conséquence d'une faute [9].

L'arrêt **Teyssier** rendu le 28 janvier 1942 formalise les modalités de l'information du patient à l'occasion d'un acte chirurgical : nature exacte de l'acte chirurgical, ses conséquences possibles et ses alternatives thérapeutiques afin d'obtenir un consentement éclairé du patient.

Le 24 octobre 1962, la Cour d'appel de Grenoble a introduit la notion de perte de chances pour indemniser des préjudices lorsque le lien de causalité entre la faute médicale et le préjudice subi n'avait pas été établi.

L'arrêt du 9 juin 1977 de la Chambre criminelle de la cour de cassation exclut la possibilité d'invoquer la notion de perte de chances en matière pénale, le considérant commun préjudice autonome, totalement distinct du préjudice final.

L'arrêt **Farcat** du 30 mai 1986 établit qu'il est de l'obligation du chirurgien d'assurer personnellement les soins et le suivi du patient et d'assumer la prise en charge d'éventuelles complications secondaires.

L'arrêt **Hérard** du 7 février 1990 retint que « le chirurgien qui manque à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles du choix de

celui-ci d'accepter l'opération qu'il lui propose, prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de ladite opération ». Ainsi, la conséquence d'un manquement au devoir d'information, qui a privé le patient de la possibilité de refuser l'intervention ou de choisir une autre thérapeutique, est indemnisée au titre de la perte d'une chance, selon une proportion du dommage réellement subi, en fonction de la probabilité d'une acceptation ou d'un refus des soins à la suite desquels le dommage est intervenu.

La réforme de l'expertise tend à restreindre les prérogatives de l'expert par son rôle de technicien-auxiliaire de justice. Les règles applicables aux expertises judiciaires s'appliquant au cas de l'expertise médicale, ont été modifiées par la loi du 11 février 2004, réformant le statut des experts [10, 11].

La jurisprudence a renforcé le degré d'exigence requis dans l'appréciation du geste médical technique en assimilant tout geste défectueux à une faute de nature à engager la responsabilité du chirurgien. Il s'agit de l'arrêt **Gomez** : les hôpitaux civils de Lyon ont été condamnés à la réparation du préjudice dans le cadre d'une responsabilité sans faute suite à la survenue d'une paraplogie secondaire à la réalisation d'une ostéosynthèse rachidienne [12].

L'arrêt **Bianchi** du 9 avril 1993 a permis une indemnisation de l'aléa thérapeutique dans le cadre d'un régime de responsabilité sans faute s'appliquant dans un acte à finalité diagnostique.

En février 1997, l'arrêt **Hédreul** renverse la charge de la preuve, le chirurgien doit prouver qu'il a informé son patient en raison de l'application de l'article 1315 du Code civil [13].

La loi Fauchon du 10 juillet 2000 modifia les conditions de mise en jeu de la responsabilité pénale en cas de délits non intentionnels. Elle renforce l'article 121-3 du code pénal : « il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait » [14].

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé établissant les droits des usagers au sein du système de santé en les associant au fonctionnement de celui-ci, en fixant les principes de la responsabilité médicale crée un dispositif de règlement amiable et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Il introduit la notion de responsabilité sans faute [15].

Dans ce contexte de judiciarisation de la profession, en avril 2006, l'Académie nationale de médecine a



établi un rapport concernant le comportement des professionnels de santé et la prévention des événements indésirables [16].

L'arrêt du 3 juin 2010 rendu par la Cour de Cassation établit que la réparation du préjudice moral est obligatoire en cas de manquement au devoir d'information. La jurisprudence caractérise ainsi le passage d'une responsabilité contractuelle vers une responsabilité délictuelle.

## L'ENCADREMENT MÉDICO-LÉGAL DE L'EXERCICE CHIRURGICAL

La relation chirurgien-patient doit reposer sur la communication, l'empathie, la réciprocité et la confiance. Il a été établi que plus le chirurgien fait preuve de professionnalisme, d'humanisme et qu'il prodigue des soins consciencieux, moins il sera incriminé dans des dossiers de mise en responsabilité médicale [17].

Au fil du temps, le patient est devenu un consommateur de soins avec de plus en plus d'exigences et de revendications. Le droit aux soins est devenu à un droit à la santé avec une guérison certaine et une dérive vers 100% de bons résultats. Or, la chirurgie est par sa nature incertaine, oscillant entre l'indication et l'abstention, des résultats n'excluant pas la survenue de complications. Il n'est pas souhaitable que la relation patient/chirurgien engendre un rapport de force entre un prestataire de services de soin et un client. L'exigence du patient (sécurité sanitaire, information) est légitime mais ne doit pas se déporter vers une obligation de résultats satisfaisants les attentes du patient.

La relation chirurgien-patient est fondée sur un contrat oral, tacite, synallagmatique, civil, et conclu intuitu personae (le médecin s'engage à traiter personnellement son patient), reposant sur des valeurs morales et éthiques imposées par la déontologie du professionnel de santé.

Le contrat médical implique le consentement des parties contractantes [18, 19].

Le risque est indissociable de la pratique chirurgicale, l'acte est par nature sujette au risque lésionnel, le plus important est d'en informer le plus objectivement possible le patient afin qu'il ait une conscience totale du risque encouru pour éviter la réalisation d'un préjudice par perte de chance par désinformation partielle ou totale du patient.

Le défaut d'information est une source de mise en cause de la responsabilité civile du professionnel de santé par manquement à l'obligation contractuelle du contrat de soin. L'information doit être simple, intelligible et loyale afin d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient, d'échanger, de l'orienter vers le traitement le plus adéquat. Le suivi pré et post-opératoire

devra être consciencieux, diligent et adapté aux besoins, aux plaintes et inquiétudes du patient. Il est obligatoire, régulier et sera consigné dans le dossier du patient. La traçabilité implique une transparence totale de la prise en charge et du suivi auprès du médecin référent du patient. En cas de complications, le praticien doit être attentif et disponible, si la prise en charge de la complication dépasse son champ de compétence, il est tenu de demander l'avis d'un spécialiste. Le contrat médical prévoit que le chirurgien s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, à l'aide de collègues compétents si cela est nécessaire.

## LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN

Dans le cadre de son exercice, plusieurs types de responsabilité (disciplinaire, pénale et civile) peuvent être engagés à l'encontre du chirurgien. La responsabilité disciplinaire est conduite soit par le patient, soit par l'Ordre Professionnel ou par un confrère devant le Conseil de l'Ordre siégeant en matière disciplinaire. Cette procédure est ouverte en cas d'infraction des règles déontologiques. La sanction disciplinaire ne saurait être pécuniaire mais répressive à type d'avertissement, blâme, suspension d'activité ou radiation de l'ordre professionnel.

Le risque inhérent peut être défini comme étant un risque qui se réalise dans le respect des règles de l'art. L'expert devra déterminer si une complication survenue relevait du risque inhérent ou d'un écart aux règles de l'art.

La responsabilité médicale pénale se caractérise par la sanction prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé ayant commis une infraction prévue dans le code de procédure pénale dans le cadre de son exercice médical. La plupart des actes de soins exposent le chirurgien à une responsabilité pénale dans la mesure où il est susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique de son patient.

Les textes réprimant les blessures causées par imprudence, inattention, négligence ou inobservance des règlements sont contenus dans les articles : 121-3, 221-6, 222-19 à 222-21, R.610-2, R.622-1, 625-2 et 625-3 du code de procédure pénale.

En matière pénale, le chirurgien peut être mis en cause pour trois types de faute :

- la faute simple,
- la faute caractérisée (refus de réaliser une chirurgie d'hémostase dans l'attente d'une amélioration de l'équilibre hémodynamique du patient),
- la faute résultant d'un manque au devoir d'obligation de sécurité ou de prudence imposée par l'éthique et la déontologie (oubli d'une compresse

dans un abdominal par omission de comptage du nombre de compresses utilisées (20).

La responsabilité pénale du chirurgien pourra être engagée soit lorsqu'il est directement auteur du dommage soit lorsqu'il a créé la situation dans laquelle le dommage s'est réalisé, en méconnaissant volontairement des règles de prudence telle que l'omission de soins (défaut de surveillance) [13]. Le simple rapport de causalité entre le comportement fautif et le préjudice n'est pas suffisant s'il n'est pas circonstancié c'est-à-dire si on ne peut pas établir que le chirurgien disposait concrètement des moyens, des compétences et du pouvoir d'action au moment et dans le contexte dans lesquels les faits se sont déroulés chronologiquement.

La responsabilité civile consiste en une action diligentée par le patient devant la juridiction civile afin d'obtenir la reconnaissance d'un dommage résultant d'un acte fautif ou présentant un caractère anormal imputable à l'acte chirurgical par un lien de causalité.

Cinq types de comportement s'opposant à l'attitude de référence attendue du chirurgien peuvent être source d'une condamnation pour faute civile médicale :

- le défaut de soins par imprudence ou négligence constitue une faute civile. Le patient a « le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées » [21] ;
- la faute d'abstention est invoquée lorsque le dommage allégué est imputable à l'abstention chirurgicale. Il en résulte une demande de réparation pour la perte de chances occasionnée ;
- la faute d'indication c'est-à-dire une indication opératoire abusive résultante d'une insuffisance ou d'une absence de documentation de la pathologie chirurgicale ;
- la faute technique relève de l'inexécution de l'obligation de soins. Les soins doivent être conformes aux données acquises de la science et correspondre à la mise en œuvre de tous les moyens humains ou techniques nécessaires pour atteindre l'objectif thérapeutique ;
- la faute de surveillance : l'absence ou l'insuffisance de suivi post-opératoire (période critique de survenue des complications) caractérise une négligence du chirurgien très souvent condamnée par le juge même s'il existe au sein de la structure un autre médecin susceptible de le remplacer. Celle-ci crée un retard diagnostique et/ou engendre une perte de chance engage la responsabilité du chirurgien.

La responsabilité du chirurgien est individuelle et/ou partagée dans le cadre d'une gestion opératoire pluridisciplinaire. En effet, le résultat de l'acte chirurgical est le fruit de la chaîne de soins hospitalière, la responsabilité individuelle peut être diluée au sein d'une responsabilité multiple partagée. La collaboration entre

praticiens comporte des exigences comme le partage d'information et l'échange d'informations réciproques entre les différents acteurs de soins.

Il n'est pas rare que les experts aient à rechercher la part du dommage imputable respectivement aux différents intervenants dans une chaîne de soins (chirurgien, anesthésiste, radiologue) dans le cadre d'une responsabilité partagée.

Dans les mises en cause de responsabilité du chirurgien, les condamnations prononcées pour faute à l'encontre du praticien sont dues à une perte de chance dans le cadre d'un retard de diagnostic et/ou à un retard de ré-intervention, d'une erreur technique ou d'une absence d'indication chirurgicale.

Le défaut de consentement et/ou d'information avec une incompréhension du patient sur le contenu délivré peut avoir entraîné une perte de chance dans le choix thérapeutique du patient et/ou a contribué au préjudice d'impréparation par l'absence d'énoncé d'un risque de dommage auquel il n'a pas pu se préparer.

## LA SINISTRALITÉ DE L'ACTE CHIRURGICAL

La « sinistralité » est définie comme l'ensemble des réclamations relatives à des préjudices corporels qui sont susceptibles d'être portées à la connaissance de l'instance saisie : pénale, civile ou commission de conciliation.

L'origine du contentieux naît à l'occasion d'un retard de diagnostic ou thérapeutique, une faute technique, un défaut d'information, une absence de surveillance, un résultat non satisfaisant pour le patient. Le contentieux médical n'est pas suivi statistiquement par les pouvoirs publics, les seules données disponibles sont celles des dossiers instruits par les compagnies d'assurance telle que la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) ou la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé français (MACSF). Leurs données liées aux dommages ayant conduit à une déclaration de sinistre et à une demande de réparation est une source pertinente d'informations statistiques.

La chirurgie reste la spécialité la plus exposée, le taux de sinistralité enregistrée en chirurgie en 2012 était de 38,7%. L'épidémiologie de la sinistralité « évitable » correspond principalement aux chirurgies concernées par la latéralité des patients : l'orthopédie, la neurochirurgie, la stomatologie, la chirurgie ORL et la chirurgie digestive [23, 24, 25, 26].

Le risque médical se définit comme « toute aggravation anormale de l'état de santé antérieur d'un malade qui survient au cours ou à la suite d'investigations, d'interventions ou de traitements médicaux, indépendamment de l'évolution de l'affection en cause et résultant soit d'une faute médicale ou dans l'organisa-

tion du service de soins, soit de conséquences inexplicables et inconnues ». Parmi les erreurs médicales commises au bloc opératoire, les erreurs de côté, d'organe ou de patient sont les plus redoutées car totalement évitables depuis la mise en place de la check-list par la Haute Autorité de Santé. L'analyse des dossiers rapporte que les causes sont essentiellement liées à des erreurs humaines dans un contexte multifactoriel : chirurgie urgente, nombre important d'intervenants, non-communication au sein des équipes, surcharge de travail, absence de procédures formalisées de vérification (check-list) [27, 28].

## LA JURISPRUDENCE EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN

La jurisprudence est une source de droit, de nombreux arrêts ont fait évoluer la responsabilité médicale du professionnel de santé. La faute médicale se définit comme l'inexécution ou la mauvaise exécution, par le chirurgien, de cette obligation de moyens. Le comportement du médecin est considéré comme fautif en comparaison avec l'attitude qu'aurait eut un bon professionnel, respectant les règles de l'art et les règles de bonnes pratiques médicales.

Le cadre juridique a évolué entre 1993-2000 concernant l'exactitude du geste chirurgical faisant émerger le principe d'obligation circonstanciée de sécurité-résultat d'exactitude du geste chirurgical.

La responsabilité du chirurgien est engagée dès lors qu'un organe ou tissu autre que celui visé par l'intervention se trouvait lésé. Aucun dommage collatéral n'est toléré en chirurgie. Seul le caractère inévitable lié au risque inhérent à l'acte chirurgical, exonère le chirurgien de sa responsabilité du fait d'un lien de causalité extérieure, irrésistible et imprévisible [29].

Les chirurgiens exercent leur profession dans le cadre d'une responsabilité civile de type contractuelle. L'obligation contractuelle de moyen a été établie par la jurisprudence en 1936.

La quasi-obligation de sécurité non respectée, en cas de dommage collatéral par blessure d'un organe non concerné par l'intervention, expose le chirurgien à une condamnation pour maladresse fautive.

La notion de « données acquises de la science », formule jurisprudentielle, intégrée dans le Code de santé publique, utilisée par les magistrats pour établir la faute du médecin, appartient à la catégorie des fautes de science, distincte des fautes de conscience (consentement, information, assistance, secret professionnel) [30, 31].

Si nul n'est responsable de son propre fait, le manquement à l'obligation de surveillance constitue une faute : le chirurgien doit s'assurer que tous les actes de surveillance post- opératoire soient bien effectués.

L'homicide involontaire par défaut ou absence de surveillance postopératoire d'un patient ayant subi une amygdalectomie, décédé des suites d'un arrêt cardiaque post-chirurgie est une infraction pénale depuis l'arrêt Farcat [32].

La faute de négligence par oubli de corps étrangers (compresses, pince) ou blessure involontaire sur un organe collatéral au site opératoire est source de condamnation du chirurgien [33, 34, 35, 36].

La jurisprudence réaffirma la responsabilité du chirurgien en tant que chef d'équipe telle que le lien de commettant à préposé est évoqué dans l'article 1384 alinéa 5 du code civil.

L'arrêt du 27 octobre 2004 énonça qu'en rapport avec l'acte de comptage des compresses, le chirurgien est responsable des conséquences dommageables de l'erreur de comptage et de l'oubli de compresse ».

Dans un arrêt rendu par la Cour d'appel de Rennes, de mai 2014, la théorie de l'équivalence des conditions, en vertu de laquelle « si une faute médicale a été, fût-ce pour partie, à l'origine d'un dommage, son auteur est tenu à réparation » a été retenu pour un acte chirurgical de type by-pass gastrique compliqué d'une septicémie secondaire à un lâchage de suture et du décès. Les experts ont relevé une indication injustifiée, un défaut d'information par le chirurgien et un retard de prise en charge de la complication sur décision conjointe du chirurgien et de l'anesthésiste.

Le Conseil d'Etat considère qu'est fautif le défaut d'information du patient sur les risques connus de décès ou d'invalidité résultant d'un acte thérapeutique, à l'exception de l'urgence, de l'impossibilité de satisfaire à l'obligation d'information ou au refus du patient d'être informé sur ces risques.

Il introduit la notion de l'impétueuse nécessité de traitement. Si l'urgence n'est pas établie, et qu'il existe une précipitation à réaliser l'intervention sans que le chirurgien ait pris le temps d'informer le patient de l'intégralité des risques encourus, sa responsabilité est engagée pour défaut d'information et perte de chance. En cas d'évènement indésirable, l'expert peut constater l'absence de délai de réflexion du patient et/ou une caducité du contenu de l'information nécessaire au recueil de son consentement [37, 38, 39].

## LE CONTENTIEUX EN CHIRURGIE DU RACHIS

Après l'infection du site opératoire, les causes de sinistralité chirurgicale sont l'erreur technique (22%), le défaut d'information (14%), le retard diagnostique (11%) et l'erreur de surveillance dans 9% des cas [25]. La chirurgie du rachis est particulièrement exposée au risque de complications en raison de la longueur des interventions, de la fréquence de position opératoire inconfortables pour le malade, l'existence des rema-

niements anatomiques à l'origine des indications chirurgicales en pathologie rachidienne tumorale, dégénérative ou de la déformation (scoliose). En effet, il s'agit souvent d'une chirurgie de correction de l'équilibre sagittal du rachis dégénératif ou scoliotique afin de redonner au patient une rectitude, une ergonomie et une mobilisation satisfaisantes.

La chirurgie de hernie discale lombaire est une pathologie fréquente source de contentieux et à l'origine d'une plainte de patients pour :

- résultat NON satisfaisant (10% des cas) : persistance de douleur ou du déficit, absence de guérison, évolution vers une douleur chronique (par désafférentation) ;
- survenue d'une complication évitable mais prévisible ;
- survenue d'une complication rare et grave ;
- non-indication chirurgicale ;
- réalisation du geste dans un délai inadapté : indication trop prématurée (chirurgie sans traitement médical en premier recours) ou indication trop tardive avec une installation du déficit et absence de récupération secondaire pour le patient (l'urgence thérapeutique a été négligé) ;
- faute technique.

Toutes ces différentes situations peuvent être rencontrées isolément dans un dossier de contentieux ou survenir en cascade, le rôle de l'expert étant d'identifier l'événement responsable du dommage corporel et de le relier au professionnel de santé [40, 41].

La vérité expertale est l'aboutissement du processus d'analyse chronologique de tous les événements survenus dans la chaîne de soins.

Au-delà des bénéfices secondaires potentiellement recherchés au cours d'une demande d'indemnisation, le plaignant exprime le besoin de comprendre ce qui s'est passé.

La mission de l'expert est d'émettre un avis technique, évaluer le préjudice et élucider les points essentiels à savoir l'existence ou non d'un dommage, le lien causal et son imputabilité. En chirurgie du rachis, l'expert peut être confronté à une situation de « non-résultat ».

L'analyse expertale du dossier ne met pas en évidence de faute caractérisée, d'erreur technique, ni même un accident médical non fautif à type d'aléa thérapeutique. Le patient ne constate pas d'amélioration de son état clinique et parfois même une majoration des symptômes après « acte chirurgical ».

Ce non résultat est un motif de recours à une demande en indemnisation dans le contentieux chirurgical. L'obligation de résultat n'est pas contractuelle, chaque chirurgien devrait évoquer l'éventualité d'une absence de résultat (pas d'amélioration clinique de l'état du patient) très souvent vécu sur le mode d'un échec thérapeutique. Dans ce type de situation, l'analyse de l'état antérieur du patient et la traçabilité de son examen physique pré-opératoire rigoureuse-

ment décrit est fondamentale pour éviter qu'un non résultat devienne un accident médical ou un résultat anormal dans l'exemple d'un déficit pré-opératoire non exploré ou passé inaperçu.

## LE RÉSULTAT ANORMAL D'UN ACTE CHIRURGICAL EN CHIRURGIE DU RACHIS

La condition d'anormalité est remplie lorsqu'un acte chirurgical est source d'un handicap pour le patient sans commune mesure avec celle de l'état initial de l'intéressé.

L'acte chirurgical est anormal lorsqu'il a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de façon probable en l'absence de traitement.

Lors de la prise en charge chirurgicale d'une hernie discale cervicale C4-C5 entraînant des douleurs, un déficit modéré du bras droit et une gêne à la marche, le patient se réveille avec un déficit moteur des quatre membres, entraînant une incapacité permanente évaluée à 60%. Selon l'expert, en l'absence d'intervention, l'évolution naturelle de la hernie discale cervicale n'aurait en aucun cas conduit à une tétraparésie. La condition d'anormalité est donc remplie.

Dans son arrêt, le Conseil d'Etat considère que la condition d'anormalité est remplie au motif que « la gravité du handicap était sans commune mesure avec celle de l'état initial [du patient] puisqu'il n'existait pratiquement aucun risque, en l'absence d'intervention, de voir la hernie discale cervicale C4-C5 évoluer vers une tétraparésie » [42, 43].

## LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION

Le principe de précaution inscrit dans le préambule de la Constitution de 2005 précise : « Lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement, les autorités publiques veillent par application du principe de précaution et dans leurs domaines d'attributions, à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage ».

En médecine, prendre des précautions, c'est avoir une attitude responsable et réfléchie basée sur des certitudes ou des hypothèses scientifiques concernant un risque avéré ou un risque aléatoire. Si on considère le principe de précaution comme une conduite imprégnée de prudence et de bon sens, cet état d'esprit cor-



respond à une exigence fondamentale du code de déontologie [44].

Le chirurgien doit s'intéresser aux facteurs de risque pouvant générer un événement indésirable axé sur le contenu de l'information et sa traçabilité. Le devoir d'information et l'obtention d'un consentement éclairé sont obligatoires et rappelés par le code de déontologie article 35 et 36, par les principes d'éthique médicale européenne (article 4), la déclaration sur les droits du patient (principes 3 et 7) et renforcés par la loi Kouchner de 2002.

L'information doit être optimale et intelligible par tout moyen y compris via des schémas anatomiques simplifiés ou des modèles tridimensionnels. C'est un facteur majeur dans la réduction de la sinistralité en chirurgie. La charge de l'information revient à tous les praticiens prenant en charge le patient dans la chaîne de soins. La remise d'un document standardisé de recueil de consentement établi par l'établissement ou élaboré par des groupes de travail de type société savante est recommandée. La preuve écrite ne constitue pas une décharge de responsabilité.

Le second axe étant les données actuelles et acquises de la science avec une mise à jour répétée des connaissances et des techniques potentiellement réalisables (nouvelles avancées, innovations) dans son domaine chirurgical.

Le dernier axe est celui des indications opératoires toujours discutées et très individuelles selon l'expérience chirurgicale de chacun. Il doit avoir un raisonnement éclairé selon les recommandations actuelles de la littérature qu'ils lui seront préjudiciables si les siennes n'étaient pas conformes. Dans la littérature jurisprudentielle, nous n'avons pas retrouvé de condamnation d'un chirurgien pour la non-utilisa-

tion de potentiels évoqués à visée de monitoring neuro-moteur d'une intervention sur le rachis compliquée de troubles neurologiques définitifs.

Cependant, cette non-utilisation pourrait fort bien être assimilée à une perte de chance si des données acquises de la science démontraient que le monitoring pouvait prémunir d'une quelconque morbidité neurologique évitable [45].

Le principe de précaution est de pouvoir s'entourer d'une aide confraternelle, de soumettre les cas difficiles à la discussion en staff et d'être vigilant en permanence afin d'éviter une situation dans laquelle le chirurgien peut être accusé comme fautif malfaisant.

## LE PRINCIPE DE MÉDICO-PRUDENCE JURIDIQUE

Il s'agit de l'identification de facteurs endogènes et exogènes de la pratique des actes médicaux et de la reconnaissance de situations à risque afin de mieux contrôler la prise de risque et d'agir conformément aux données acquises de la science. Le principe de médico-prudence est à la base d'une démarche professionnelle responsable. Des études ont mis en évidence des facteurs latents, contributifs au contentieux patient-médecin souvent existants bien avant que l'événement indésirable ne survienne [46, 47]. Ces facteurs sont décrits dans le tableau 1.

Le principe de prise en charge thérapeutique suppose la mise en œuvre d'une attitude humaniste fondée sur l'attention, l'intérêt, la considération du patient.

Le mode de communication du chirurgien peut constituer un motif de plainte parce que le patient n'a

**Tableau 1 : Facteurs contributifs au contentieux patient-professionnel de santé.**

Facteurs contributifs	Exemples
Facteurs associés au calendrier	Retard, actions interrompues, actions répétitives
Facteurs associés au contexte personnel	Compétences, qualifications, formation initiale continue, caractère et personnalité, volume de travail, stress
Facteurs associés à l'équipe et à sa gestion	Absence de processus formalisés, communication et coopération-collaboration de mauvaise qualité, mauvaise répartition des tâches, pression exercée sur l'équipe, défaut de supervision, conflits interpersonnels et relationnels
Facteurs organisationnels entre unité	Patient traité de manière expéditive et orienté vers un confrère, communication lacunaire ou déficiente et informations insuffisantes
Facteurs associés au contexte institutionnel	Recours insuffisants et absence de ligne de conduite clairement énoncée par la direction de l'établissement
Facteurs associés à l'équipement	Données incorrectes, faiblesse technique
Facteurs associés au patient	Non coopératif, intervention négative de la famille ou des proches

pas eu un contact jugé suffisant avec son chirurgien, celui-ci a paru se dérober lorsque les suites opératoires n'étaient pas celles qui étaient escomptées.

Le mépris du chirurgien à l'égard de son patient, le manque de communication alimentant l'absence de transparence des pratiques du professionnel de santé sont des facteurs propices au contentieux entre le chirurgien et son patient [48].

La médico-prudence juridique est un facteur de neutralisation des circonstances pouvant aboutir à une plainte d'un patient convaincu d'avoir été victime d'un acte de soin considéré comme fautif.

La prudence en matière de traçabilité, de présentation des preuves est de règle afin de prévenir les effets collatéraux négatifs d'une mise au pilori d'un professionnel de santé.

Celui-ci devra présenter des éléments de preuves de cinq ordres :

- la consultation et la reproduction de l'ensemble des informations techniques ;
- le dossier médical avec les observations médicales et transmissions infirmières ;
- les informations documentées à caractère administratif (éléments communiqués par le patient, conditions d'admissions, désignation d'une personne de confiance, directives anticipées) ;
- les données figurant sur les examens para-cliniques et autres explorations ;
- les informations détenues par le médecin traitant ou référent du patient.

Ces éléments seront étudiés par l'expert en cas de recours contentieux avec demande d'expertise, pivot de la décision judiciaire.

L'expert est tenu d'établir la vérité technico-scientifique par sa compétence en respectant un certain nombre de procédure imposé par la juridiction qui l'a nommé, le contenu de sa mission et les règles déontologiques de l'expert [49].

L'expertise en responsabilité médicale n'est pas nécessairement scientifique, elle exige la maîtrise d'un ensemble de critères de jugement, d'éléments décisionnels potentiellement évolutifs avec les avancées techniques thérapeutiques et innovantes. Il s'agit d'une expertise professionnelle et pratique du terrain chirurgical s'intéressant au parcours de soin du patient et au contrat médical.

La notion juridique de causalité en matière de responsabilité est déterminée par le juge après l'étude du rapport technique du médecin expert. Ce rapport doit argumenter de façon méthodique et la plus scientifique possible l'imputabilité du dommage subi.

Le concept d'imputabilité est établi par l'étude de la relation physiopathologique entre un défaut technique ou autre maladresse et les séquelles constatées, en s'appuyant sur la chronologie. Il n'y a pas de condamnation possible du professionnel de santé sans démonstration d'une causalité certaine entre le comportement dommageable et le préjudice constaté.

La preuve sert à établir qu'une chose est vraie, c'est un raisonnement, la présentation d'un fait, le fait lui-même ou un faisceau d'arguments [50].

L'expertise médicale est un exercice médico-juridique encadré par la loi ayant pour objectif selon les procédures en cours, soit l'évaluation du dommage d'un patient, la recherche de preuves, la mise en évidence d'une faute professionnelle. La méthodologie de l'expert doit garantir la qualité du rapport, le respect du principe du contradictoire et du secret professionnel.

## LA VÉRITÉ EXPERTALE

L'analyse expertale de l'imputabilité repose sur la connaissance précise du fait initial, l'analyse rigoureuse de l'état séquellaire et l'élimination d'un état antérieur. Le degré de preuve doit être proportionné à la grandeur de l'accusation.

L'expert doit éliminer toute interférence d'un état antérieur avec le dommage constaté qu'il s'agisse d'un état pathologique préalable (état antérieur), d'un fait traumatique ou d'un autre acte chirurgical [51, 52].

L'expertise judiciaire est un des moyens d'administration judiciaire de la preuve, une mesure d'investigation technique ou scientifique confié à un « homme de l'art », professionnel reconnu pour son expérience, sa compétence dans un domaine médico-chirurgical afin de répondre à une mission donnée. L'expert analyse des faits, éclaire et propose une vision de l'enchaînement des causes à effet ayant engendré le dommage chirurgical. Il recherche la « vérité scientifique » sans jamais pouvoir affirmer la « vérité judiciaire » relevant de la compétence du juge [53].

La preuve est ce qui sert à établir qu'une chose est vraie, il peut s'agir d'un raisonnement, de la présentation d'un fait, le fait lui-même ou l'objet qui le concrétise.

L'expert émet un avis technique portant sur la réalité des faits, l'existence ou non de faute, le lien de causalité avec le dommage corporel, la nature et l'importance des préjudices identifiés. Les conclusions de l'expert sont déterminantes pour clarifier au juge ou à la commission médicale l'origine du dommage corporel et les facteurs de mise en cause si un lien de causalité est identifié entre le dommage et le préjudice.

En chirurgie, la vérité de l'expert suppose de répondre à diverses questions :

- révéler que l'indication opératoire avait bien été posée (sans retard de diagnostic, ni délai à l'action chirurgicale), que la technique chirurgicale utilisée était adaptée à la pathologie en cause et conforme aux données acquises de la science à la date à laquelle l'acte a été réalisé ou aux recommandations des sociétés savantes de la spécialité ;

- s'intéresser au déroulement de l'acte chirurgical dans sa durée et les difficultés rencontrées, le respect des règles de base telles que la position du patient sur table opératoires, les mesures d'installation ;
- étudier la traçabilité : l'observation d'une non conformité, de difficulté technique ou variation anatomique susceptible d'entraver l'acte dans le CRO, document assurant une transparence de l'obligation de moyens et de sécurité imposée par la profession [54].

L'expert recherchera si l'attitude du chirurgien mis en cause a été conforme à l'attitude de référence d'un professionnel de santé normalement diligent.

Sa mission d'expertise lui impose la vérification de la conformité des soins aux données acquises de la science mais également aux usages et aux règles de l'art.

En tout état de cause, il n'y a pas de faute technique lorsque le chirurgien rapporte la preuve que la lésion dommageable causée par l'acte chirurgical était inévitable.

L'expert doit vérifier que toutes les précautions de sécurité d'usage ont été respectées. Aucune faute technique ne peut être reprochée au chirurgien en cas d'atteinte d'un nerf ou d'une artère due à une anomalie morphologique du patient à condition qu'aucun examen préalable normalement pratiqué ne permette de suspecter l'anomalie.

La preuve scientifique est le substrat de l'expertise, parfois nécessitant une investigation telle que l'autopsie médico-légale afin d'identifier le mécanisme de la mort en cas de décès suspect, inexpliqué ou inattendu dans les suites d'une intervention [50, 51, 52].

Le juge a l'obligation de qualification c'est-à-dire apprécie la faute « in abstracto » à l'aide d'un expert qui a notifié la présence ou non d'un comportement imprudent, une négligence ou une inattention concernant le geste chirurgical, la faute ne devrait être retenue que si l'expert établit que le chirurgien n'a pas eu une attitude conforme aux règles de l'art.

Chiffrer le risque de survenue d'une complication donnée d'un acte chirurgical pour un patient donné demeure impossible. Une approximation selon l'expérience du chirurgien et de la littérature est possible mais demeure très éloignée de la vérité mathématique. Le résultat de l'action thérapeutique peut être considéré comme la résultante algébrique de l'état de santé antérieur du patient (le terrain), de la maladie et de l'action du chirurgien [50].

Concernant le dommage chirurgical, le principe de la responsabilité fondée sur la faute prouvée est trop contraignant juridiquement à tel point que le juge peut invoquer une faute incertaine, un lien de causalité hypothétique donnant naissance à la notion de **faute virtuelle**. Celle-ci est fondée sur le postulat que certains faits traduisent par leur seule survenue l'existence d'une négligence, définie en droit anglais comme la méconnaissance d'un devoir légal d'attention.

La maxime de Common Law « Res ipsa loquitur » considère qu'une faute a été commise lorsque le résultat n'est pas conforme aux prévisions, même en l'absence de faute réelle [50].

L'expert doit enquêter selon les éléments du dossier et déterminer s'il y a eu un dommage corporel, son origine, la cause du dommage, un lien de causalité entre la cause et le dommage, si la cause relève d'une faute. Il doit pouvoir distinguer la faute, d'une erreur ou d'un aléa thérapeutique qui est à l'origine du dommage corporel. La réalisation du risque est tributaire des incertitudes de la science et de facteurs propres au patient et à l'équipe chirurgicale.

On distingue « le risque causé » celui qui est méconnu et dépendant des progrès de la science et « le risque encouru », connu par le corps médical mais inhérent à l'acte thérapeutique car non maîtrisé par les données de la science. Si l'aléa révèle les incertitudes de la science, l'erreur est le fruit de la faillibilité de l'homme [56, 57, 58].

L'obligation contractuelle de résultat en sécurité médicale a été renforcée par l'arrêt Mercier introduisant la sécurité à laquelle le patient peut légitimement s'attendre.

Le chirurgien devra apporter à l'expert les éléments prouvant qu'il a bien respecté les obligations contractuelles envers son patient par la tenue du dossier médico-chirurgical en y consignait l'évolution et le suivi du patient au moment des faits. Cette traçabilité est indispensable pour se prémunir contre toute poursuite judiciaire au cours de son exercice professionnel.

## LE DOSSIER CHIRURGICAL DU PATIENT

L'expert doit examiner attentivement chaque pièce du dossier médical. Une mauvaise tenue du dossier peut constituer une faute de négligence et nuire à l'activité du professionnel de santé en omettant les informations clefs (antécédents du patient, allergies connues, chirurgie précédente).

Le dossier médical peut être saisi judiciairement en cas de procédure pénale, il peut être consulté par tout médecin désigné par le patient, ou réclamé par le patient lui-même selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Il permet le partage des informations entre tous les intervenants de la chaîne de soins du patient et assure ainsi la continuité des soins [54, 55].

Le compte-rendu opératoire (CRO) fait partie intégrante du dossier médical, rédigé ou dicté immédiatement après chaque intervention, de même que le codage des actes et les prescriptions postopératoires. Il sera conservé puis archivé dans des conditions d'accès et de reproduction aisées.

C'est un document descriptif objectif, synthétique plus que chronologique, détaillant les constatations per-opératoires, les gestes techniques réalisés et les structures anatomiques laissées en place ou remaniées.

L'expert est confronté à l'incertitude scientifique, la chirurgie n'est pas une science exacte, il existe plusieurs niveaux de preuve concernant une technique donnée ou les résultats attendus.

La nature du résultat en chirurgie est imprévisible. Plusieurs évolutions de la maladie sont possibles : la guérison, l'aggravation, l'amélioration, l'état stationnaire et la mort.

Le choix thérapeutique retenu doit intégrer le pronostic fonctionnel du patient, le risque lié à l'abstention thérapeutique, la morbi-mortalité potentielle du traitement, le bénéfice attendu. L'obligation d'information s'impose au praticien comme un devoir légal rattaché à un principe constitutionnel et inscrit dans le code de santé publique (article L1111.2).

Le défaut d'information du patient expose à une faute éthique. La preuve de l'information du patient peut être faite par tous les moyens (écrit, témoignages, présomptions...) [56, 57, 58, 59].

## LA RECHERCHE DE LA VÉRITÉ EN MATIÈRE D'EXPERTISE

L'avis de l'expert doit être impartial, qui ne soit ni outrancier, ni trop « frileux », c'est un point de vue technique élaboré. L'expert doit respecter les articles 143 à 178, 232 à 248 et 263 à 284-1 du Nouveau Code de procédure civile, relatifs à l'éthique de sa profession.

Il doit faire abstraction de ses convictions intimes et ne tenir compte que des pièces du dossier.

L'imputabilité est le pilier essentiel de l'expertise. À l'aide de l'étude des pièces du dossier, l'expert devra établir le lien de causalité entre l'acte chirurgical et le dommage constaté.

Son rôle est d'établir la part d'imputabilité de la chaîne de soins de chacun des événements préjudiciables survenus. L'expert n'est pas en mesure de définir le bon résultat d'un traitement chirurgical, son rôle est d'établir la vérité expertale en termes de respect du contrat chirurgical, des règles éthiques et déontologiques de l'exercice chirurgical et des données acquises de la science.

Il vérifiera la traçabilité et le contenu de l'information, la compréhension du patient, difficilement appréciable a posteriori du dommage corporel et en cours de litige [60].

En effet, le patient désireux d'obtenir une indemnisation pourrait avancer une éventuelle désinformation ou une information incomplète ne lui ayant pas per-

mis de prendre connaissance de l'intégralité du risque qu'il encourait en acceptant l'acte chirurgical.

De même, le chirurgien qui n'a pas été très rigoureux concernant la traçabilité de l'information devra fournir la preuve que celle-ci a été délivrée au patient de façon intelligible.

La faillibilité expertale est la conséquence de l'incertitude scientifique dans le domaine de la santé.

L'expert doit établir la vérité scientifique au moment des faits dans la mesure où elle existe et qu'elle repose sur un niveau de preuves établi par l'Evidence Based Medicine (EBM) étant une méthode de hiérarchisation des connaissances scientifiques brutes basée sur des faits prouvés ou sur « les meilleures données acquises de la science ». C'est un concept qui intègre la notion de fiabilité de la connaissance scientifique [50].

En scientifique éclairé, l'expert est parfois tenu d'admettre qu'il ne connaît pas la réponse à la question posée, non pas parce qu'il ignore ce qu'il devrait savoir mais parce que la connaissance scientifique elle-même fait défaut.

L'expertise est un mode de preuve règlementé et administré puisque l'expert est un auxiliaire de justice contribuant à administrer la preuve [61].

Il est difficile pour un chirurgien d'apporter la preuve de chaque information transmise au patient.

L'expert missionné doit établir le lien entre le défaut d'information et le préjudice découlant de l'échec de l'intervention afin d'établir « les effets qu'auraient pu avoir une telle information quant au consentement ou au refus du patient » [62]. Nous sommes à l'ère de la preuve par l'image, ainsi le chirurgien sera-t-il amené à enregistrer par des moyens audio-visuels ou vidéographiques ses moindres faits et gestes. En expertise, le plaignant pose souvent la question suivante est-ce bien le professeur qui m'a opéré ?

En effet, rien ne prouve que ce soit celui qui s'est engagé à intervenir chirurgicalement, qui a été l'acteur de toute l'intervention. Cependant même si le chirurgien a délégué à son interne une partie de l'intervention, il reste le superviseur de l'acte chirurgical et il en a l'entière responsabilité.

L'utilisation d'iconographie est d'usage courant pour le diagnostic.

En chirurgie du rachis, la réalisation d'une radiographie per opératoire du niveau vertébral est une obligation médico-légale : le cliché radiographique est imprimé et conservé dans le dossier médical du patient [40, 63]. L'utilisation d'éléments iconographiques pour apporter la preuve en images pose le problème du droit à l'image de chacun tant du patient que celui du professionnel de santé.

L'évolution récente du droit des preuves accrédite l'idée que le juriste disposerait aujourd'hui d'instruments qui lui permettraient de passer de la vraisemblance à la vérité scientifique, puis de la vérité scientifique à la vérité judiciaire, accédant ainsi à l'illusion



confortable de la certitude. Le juge est contraint d'accorder foi à la science dont il ne maîtrise ni la connaissance, ni la méthode, mais il n'est pas asservi à la preuve scientifique... » [64]. Bien plus que l'intérêt didactique, le chirurgien ayant la possibilité de filmer l'intervention à l'aide du microscope, de l'endoscope ou même d'une caméra intégrée à la poignée stérile du scialytique, il pourrait alimenter une certitude ou déjouer un doute de l'expert en cas de mise en cause. Le photographe médical est une profession médicale reconnue dans les pays nordiques, il assiste le chirurgien et se tient à sa disposition pour réaliser des prises de vue spécifiques d'une intervention donnée pour illustrer un cours ou une publication. La manipulation d'images médicales permet depuis de nombreuses années d'aider le chirurgien dans la pratique de son art. Cependant, l'image audiovisuelle a cette particularité d'être privée par nature mais d'usage public, elle devient intime par le contexte qu'elle illustre. Pris dans le contexte du bloc opératoire, c'est une atteinte à la vie privée du professionnel de santé. L'intimité du chirurgien serait exposée et pose le problème de l'exhibition professionnelle.

La traçabilité des documents visuels et l'identification des acteurs de la scène d'action rendent improbables l'utilisation de ces données à des fins de contentieux. En chirurgie doit-on exiger des vidéos per opératoires à montrer à l'expert en cas de litige ? Si cela était possible, le chirurgien pourrait-il en faire usage d'un point de vue juridique ?

## CONCLUSION

L'expert rétablit « les causes et circonstances du dommage » et éclaire le magistrat sur les raisons de la survenue de l'événement indésirable ou de l'accident.

Dans la mesure où l'acte chirurgical porte une atteinte à l'intégrité physique, l'exercice de la chirurgie expose au risque de survenue d'un dommage corporel. Le chirurgien peut devenir un maladroite fautif et justiciable. Seule l'extrême vigilance, l'actualisation des connaissances et la maîtrise toujours de la réglementation en matière de sécurité sanitaire et des protocoles lui permettra d'exercer dans une relative sérénité en évitant tous les facteurs de mis en cause décrits dans cet article.

L'expert n'est pas infaillible et il n'y a pas toujours d'explication au dommage constaté, ni de lien de causalité établi. L'obligation de traçabilité des matériaux utilisés, des implants ou des produits injectés au patient sera-t-elle à l'avenir transposable aux données iconographiques per opératoires acquises. Une législation concernant l'autorisation, la diffusion, la conservation des iconographies, et les droits de protection individuelle de l'image de chacun serait envisageable

pour pouvoir exiger une preuve de la faute technique documentée par l'image et en faire usage dans un contentieux médical. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Laude A, Pariente J, Tabuteau D. *La judiciarisation de la santé*. Editions de santé. Nov 2012.
- [2] Starobinski J. *Histoire de la médecine*, éditions Rencontre-ENI, Paris 1963.
- [3] Vallot, d'Aquin, Fagon. *Journal de santé du roi Louis XIV* (1647-1711).
- [4] Devaux J. *L'art de faire les rapports en chirurgie*, L. d'Houry, Paris, 1703.
- [5] Molière. Le médecin malgré lui. Acte III scène 1.
- [6] De Mondeville H. XIV<sup>e</sup> siècle, extrait de Hoerni B, la relation médecin-malade : « l'évolution des échanges patient-soignant ».
- [7] Careghi JC. La responsabilité médicale au crible de l'histoire. *Les cahiers de droit de la santé du sud-est*, n°7, PUAM, coll. Droit de la santé, juin 2007.
- [8] Coquillard I. *Des médecins jurés au Châtelet de Paris aux médecins légistes. Genèse d'une professionnalisation (1692-1801)*. Histoire de sciences médicales 2012.
- [9] Bergoignan-Esper C, Sargos P. *Grands arrêts du droit de la santé*. Dalloz. Octobre 2010.
- [10] Chauvaud F, Dumoulin L. *Experts et expertise judiciaire : France, XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*. Pression universitaire de Rennes, 2003.
- [11] Olivier M. Le nouveau statut des experts judiciaires résultant de la loi du 11 février 2004. *Gazette du palais* 2004;2-6.
- [12] Arrêt Gomez, de la Cour administrative d'appel de Lyon, le 21 décembre 1990.
- [13] L'arrêt Hédreul. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 25 fév 1997, n°94-19.685.
- [14] Loi Fauchon. JORF n°159 du 11 juillet 2000, page 10484.
- [15] Le Gall G, Le Gall F. La loi du 4 mars 2002 et ses implications dans la pratique médicale. Volume 25, Issue 4, April 2006, pp. 472-478.
- [16] Rapport, De la sanction à la prévention – Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins, 4 avril 2006.
- [17] Decocq A. Essai d'une théorie générale des droits sur la personne, *LGDJ*, 1960, n°431, p. 297.
- [18] Vialla F. « Expertises judiciaires en responsabilité médicale et expertises CRCI ». Comparaison des jurisprudences rendues en matière de responsabilité pour défaut d'information. Jan 2012.
- [19] Arrêt princeps du 29/05/1951 Martin/Birôt.
- [20] Extrait d'un arrêté de Cour Cassation, Chambre criminelle, 16 déc 2003, n°03-81.228
- [21] Code de santé publique, article L 1110-5.
- [22] Dubernard. JM, Porcier M. Proposition de loi tendant à créer un fonds d'indemnisation des victimes

- du risque médical. Assemblée Nationale ; 2 mars 1994, n°1027, article 2.
- [23] Delaunay, De Thomasson. Sinistralité en chirurgie orthopédique: état des lieux et perspectives. *Rev. Chir. Orthop.* 2006, 92, 2S157-2S168.
- [24] Emery E, Balossier A, Mertens P. Is the medicolegal issue avoidable in neurosurgery? A retrospective survey of a series of 115 medicolegal cases from public hospitals. *World Neurosurg.* 2014 Feb; 81(2):218-22.
- [25] Theissen A, Fuz F, Catineau J, Sultan W, Beaussier M, Carles M, Raucoules-Aimé M, Niccolai P. Épidémiologie du risque médico-légal lié à la pratique de la chirurgie ambulatoire en France : données SHAM. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 33, Issue 3, March 2014, pp. 158-162.
- [26] Gombault N. *Rapport sur le risque des professionnels de santé*. Chiffres 2014, MACSF.
- [27] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A, Patchen Dellinger E, Herbosa T, Sudhir J *et al.* For the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.
- [28] Theissen F, Follet A, Trouiller P, de Vaumas C, Jobard C, Arzalier-Daret C, de Saint-Maurice G, Niccolai P. Sinistralité liée à une erreur de côté, d'organe ou de personne : données SHAM. Comité analyse et maîtrise des risques SFAR.
- [29] Rougé-Maillart C, Gaudin A, Lermite E, Arnaud JP, Penneau M. L'exactitude du geste chirurgical : évolution de la jurisprudence. *J Chir* 2008, 145, n°5.
- [30] Lambert-Faivre Y. *Droit du dommage corporel*, Précis Dalloz, 5<sup>e</sup> éd. Dalloz, 2004; n°580.
- [31] Welsch S. *Responsabilité du médecin*, Litec 2<sup>e</sup> édition 2003.
- [32] Extrait de Cour de Cassation, Assemblée Plénière, 30 mai 1986.
- [33] Extrait de Cour de cassation, Chambre criminelle, 22 octobre 1979.
- [34] Extrait de Cour de cassation Chambre criminelle, 17 octobre 2000.
- [35] Aberkane P. *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*. Editions Larcier, Janv 2013.
- [36] *La semaine Juridique*, 1966-15799; 1969-15272.
- [37] Extrait d'un arrêté de Conseil Etat, 5 janvier 2000, contentieux n°181899, publié au recueil Lebon.
- [38] Extrait d'un arrêté de Conseil Etat, 19 mai 1983.
- [39] Arrêté de cour de cassation. 1<sup>re</sup> chambre civile, 20 décembre 2012.
- [40] Goodkin R, Laska LL. Wrong disc space level surgery: medicolegal implications. *Surg Neurol.* 2004.
- [41] Devine CN, Norvell DC, Dettori JR. Avoiding wrong site surgery: a systematic review. *Spine* 35 (Suppl 9):S28-S36, 2010.
- [42] Aberkane P. *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*. Groupe De Boeck, Editions Larcier, 2013.
- [43] Conseil d'État 355052, lecture du 12 décembre 2014, ECLI:FR:CESSR:2014:355052.
- [44] Rapport au nom d'un groupe de travail. David G. Nicolas C. Bureau. La médecine et le principe de précaution. *Annales de chirurgie*. vol. 126, n° 8, pp. 731-733.
- [45] Péréon Y, Bernard JM, Délécrrin J, Fayet G, Takahashi S, Passuti N. Neurogenic motor evoked potential for scoliosis surgery monitoring. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 1995.
- [46] Reason J. Understanding adverse events: human factors in clinical risk management. *BMJ* 1995, pp. 31-54.
- [47] Leape L. Preventing medical accidents: is system analysis the answer? *American Journal of law medicine*. 2001, 27, pp. 145-148.
- [48] Ambady N, Laplante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinston W. Surgeon's tone of voice: A due to malpractice history. *Surgery* 2002;132:5-9.
- [49] Comte Sponville A. Exposé d'ouverture du XVI<sup>e</sup> congrès national des experts judiciaires.
- [50] Hureau J. La preuve scientifique appliquée à l'expertise. *Revue Experts* 2008;78:52-3.
- [51] Vayre P. Le risque chirurgical vu par le médecin expert. *EMC-Chirurgie* 1 (2004) 85-99.
- [52] Vayre F, Vayre L, Vayre P. Les confins du dommage par aléa et par faute : grille pour expertise technique en responsabilité médicale. *Gaz Palais* 2000 (n° 82-83):13-15.
- [53] Py B. « Expertises judiciaires en responsabilité médicale et expertises CRCI ». Expert : un métier, une fonction, une adulation. *Médecine & Droit* 2013, pp. 53-56.
- [54] CNOM. *Bulletin CNOM*, 1992;12:7. Le contenu du compte rendu opératoire.
- [55] HAS. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en orthopédie : CRO générique en chirurgie orthopédique et traumatologie. Déc 2004.
- [56] Bidet P. Colloque CEPRISCA : « Expertises judiciaires en responsabilité médicale et expertise CRCI » Réflexions sur les qualités requises des experts et propositions d'amélioration. *Médecine & Droit* 2013, pp. 96-98.
- [57] Kamkar C, Caton J. La délimitation de la faute chirurgicale. La faute et l'erreur non fautive. *Revue de chirurgie orthopédique* 2007;93:774-782.
- [58] Sureau C, Lecourt D, David G. *L'erreur médicale*, PUF, 2006.
- [59] Sargos P. Le point sur la jurisprudence de la cour de cassation. *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 2012;11(2):050-054.
- [60] Grapin C. *La responsabilité chirurgicale*. Sauramps médical 2001, ISBN 2-84023-281-2.
- [61] Sautel O. La contre-expertise. Analyse juridique sous le prisme de la contre-expertise médicale, Procédures n° 7, juillet 2011, étude 8.
- [62] Extrait d'un arrêté de 1<sup>re</sup> Chambre Civile, 20 juin 2000, n°98-23.046.
- [63] Ammerman JM, Ammerman MD, Dambrosia J, Ammerman BJ. A prospective evaluation of the role for intraoperative x-ray in lumbar discectomy. Predictors of incorrect level exposure. *Surg Neurol* 2006;66:470-473.
- [64] Canivet G. Discours d'ouverture du Colloque du 24 mars 2000 à la Cour de cassation sur « Le droit des preuves au défi de la modernité ». Paris : La documentation française 2000:7-13.

# LE TEXTILOME : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES ET IMPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES : À PROPOS DE 5 CAS

*TEXTILOMA: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS, DIAGNOSTIC PITFALLS AND FORENSIC IMPLICATIONS: ABOUT 5 CASES*

Par MA. MESRATI<sup>1</sup>, O. TOUMI<sup>2</sup>, O. HMANDI<sup>1</sup>, S. JABRA<sup>2</sup>, R. HADHRI<sup>3</sup>, N. HADJ SALEM<sup>1</sup>, A. ISSAOUI<sup>1</sup>, F. NOOMEN<sup>2</sup>, AF. ZAKHAMA<sup>3</sup>, A. CHADLI<sup>1</sup> & A. HAMDI<sup>2</sup>

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le textilome correspond à un corps étranger composé de compresse(s) ou de champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire. C'est une complication post-opératoire très rare mais bien connue. Il peut mimer, tant sur le plan clinique que radiologique, un abcès ou une tumeur rendant ainsi son diagnostic difficile.

**Objectif :** Le but de cette étude est de préciser les conditions de survenue, les difficultés diagnostiques du textilome et de discuter ses implications médico-légales à travers l'analyse de cinq cas.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur cinq cas de textilomes, colligés durant une période de 20 ans, dans le département d'anatomie et de cytologie pathologiques à l'hôpital universitaire Fatouma Bourguiba de Monastir

(Tunisie). Les corps étrangers non textiles ont été exclus de ce travail. Le recueil des données était effectué à partir des fiches du service d'anatomie et de cytologie pathologiques, des dossiers cliniques des patientes et des comptes rendus opératoires.

**Résultats :** L'âge moyen de notre population d'étude était de 55 ans avec une exclusivité féminine. Le délai de découverte du textilome était au-delà de six mois dans tous les cas avec un extrême allant à 24 ans. Des antécédents de chirurgie gynécologique ont été notés dans 3 cas et de chirurgie abdominale dans 2 cas. La sensation d'une masse palpable en intra-abdominale a motivé les patientes à consulter dans 4 cas. Aucun examen radiologique n'a permis de confirmer le diagnostic. Dans tous les cas, l'examen anatomopathologique de la masse prélevée a permis de faire le diagnostic.

**Conclusion :** Ce travail met l'accent sur les implications médico-légales du textilome qui reste toujours décrit dans la pratique des chirurgiens. La prévention nécessite l'éducation et la promotion des moyens techniques dans la salle opératoire.

1. Service de médecine légale, CHU Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.
2. Service de chirurgie générale et digestive, CHU Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.
3. Service d'anatomie et de cytologie pathologique, CHU Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.

*Auteur correspondant :* Mohamed Amine Mosrati

*Adresse :* Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, Hôpital Fattouma Bourguiba, 5000 Monastir, Tunisie.

*Téléphone :* 00216 50554425

*E-mail :* mesrati.amin@gmail.com

## MOTS-CLÉS

Textilome, Chirurgie, Anatomie pathologique, Implications médico-légales.

## ABSTRACT

**Introduction:** *Textiloma is a surgical complication resulting from foreign materials, such as a surgical sponge, accidentally left inside a patient's body. Its actual incidence is difficult to determine. It can often present, clinically or radiologically, similar to tumors or abscesses, with widely variable complications and manifestations, making diagnosis difficult.*

**Objective:** *This study aimed to stress out the diagnostic pitfalls and to discuss its medico-legal implications.*

**Material and methods:** *This study is retrospective including five cases of textiloma collected in the department of anatomy and cytology of the university hospital of Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisia) during a period of 20 years. Diagnosis was made after histological tests. Non-textile foreign bodies were excluded from this study. Data collection was summarized from files of anatomy and cytology department, clinical records of patients and operative reports.*

**Results:** *The average age of our study population was 55 years. All patients were female. The textiloma was discovered beyond six months in all cases with extreme up to 24 years. History of gynecological surgery was noted in 3 cases and abdominal surgery in 2 cases. Clinically, 4 patients consulted for intra-abdominal mass lesion. Radiologically, the diagnosis was misidentified in all cases. Therefore, histological examination of the removed mass helped to make the diagnosis.*

## KEYWORDS

*Textiloma, Surgery, Pathology, Medico-legal implication.*

## INTRODUCTION

Le textilome, également appelé « gossybipoma », est une complication post-opératoire très rare mais bien connue [1]. Il est utilisé pour décrire un corps étranger composé de compresse(s) ou champ(s) chirurgicaux laissés au niveau d'un foyer opératoire [2-5]. C'est une complication de la chirurgie difficile à estimer [2]. La multiplicité et le manque de spécificité de ses présentations rendent son diagnostic difficile. La fréquence des textilomes rapportés dans la littérature est de 1/1 000 à 1/10 000 [6]. Cette fréquence est incertaine du fait de la difficulté diagnostique et de la réticence à la déclaration des cas asymptomatiques. La tomodensitométrie peut avoir un intérêt dans l'orientation diagnostique. Cependant, la confirmation

diagnostique se fait en per-opératoire ou à l'examen anatomo-pathologique. L'oubli d'une compresse dans le corps humain dans le décours d'une intervention chirurgicale, peut générer des complications médicales et médico-légales.

Le but de cette étude est de préciser les conditions de survenue, les difficultés diagnostiques du textilome et de discuter ses implications médico-légales à travers l'analyse de cinq cas.

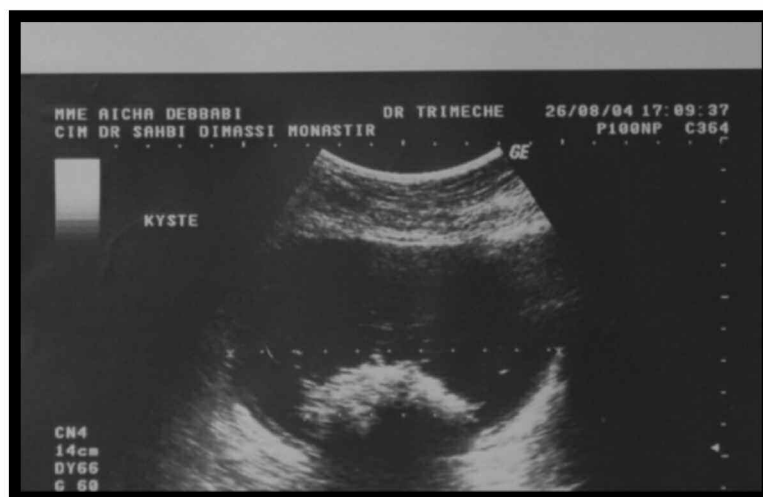
## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur cinq cas de textilomes colligés au service d'anatomie et de cytologie pathologiques du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir durant une période de 20 ans (1994-2013). Dans tous les cas, c'est l'examen anatomopathologique qui a permis de confirmer le diagnostic. Seuls les cas présentant un textilome ont été inclus dans ce travail. Par ailleurs, les corps étrangers non textiles ont été exclus. Le recueil des données était effectué à partir des fiches du service d'anatomie et de cytologie pathologiques, des dossiers cliniques des patients et des comptes rendus opératoires. Dans chacune des observations, nous avons relevé les données concernant les interventions chirurgicales en cause, les manifestations cliniques et paracliniques ayant conduit à la découverte du textilome, de même que le délai de découverte.

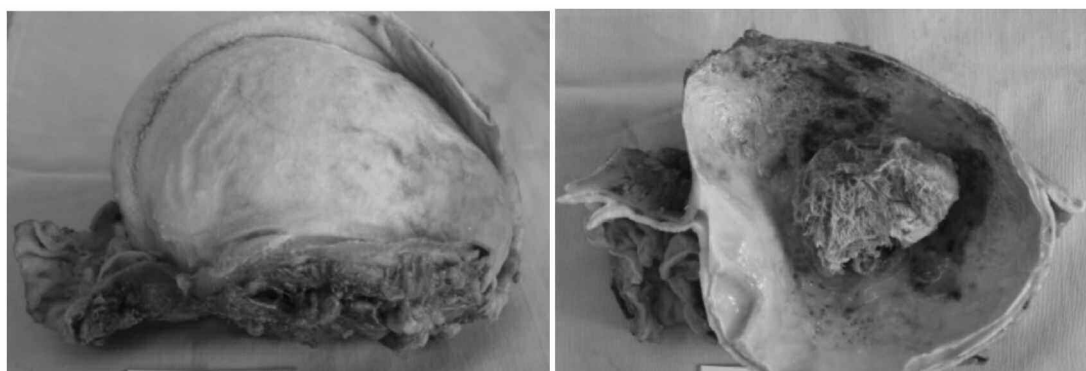
## RÉSULTATS

L'âge moyen de notre population d'étude était de 55 ans avec des extrêmes allant de 38 ans à 72 ans. Tous les patients étaient de sexe féminin. Des antécédents de chirurgie gynécologique ont été notés dans 3 cas et de chirurgie abdominale dans 2 cas. Le délai de découverte du textilome était au-delà de six mois dans tous les cas. Le délai le plus long était de 24 ans et a intéressé une femme âgée de 55 ans, opérée pour un kyste de l'ovaire. Le motif de consultation était une masse palpable dans 4 cas. Pour le dernier cas, une infection du site opératoire a motivé la patiente à re-consulter. Radiologiquement, l'aspect échographique n'était pas contributif au diagnostic du textilome. Il s'agissait de masse à contenu hyperdense dans deux cas (Figure 1), un épaississement pariétal dans un cas et une suspicion de récurrence tumorale dans un autre. L'échographie n'a pas été faite pour une patiente car la masse a été prise pour une hernie de la ligne blanche. L'examen macroscopique de la pièce opératoire a permis dans tous les cas de confirmer le diagnostic par la présence d'un champ opératoire ou de

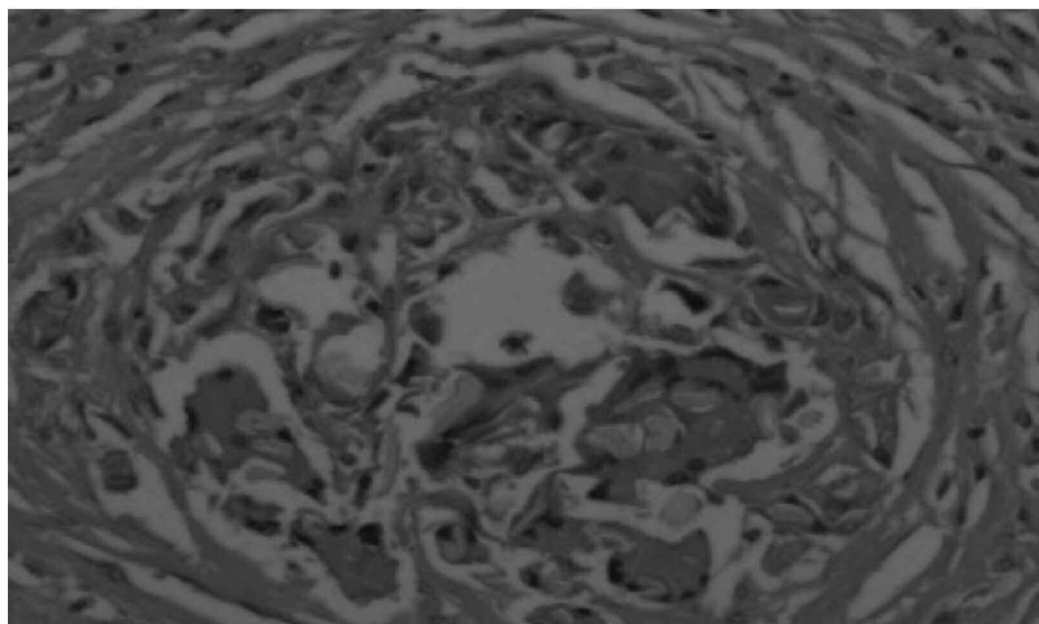




*Figure 1 : Cas n° 1 : L'échographie montre une masse kystique qui mesure 14 cm de grand axe et qui contient un nodule hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur.*



*Figure 2 : Cas n° 1. A : la lumière gastrique est occupée par une masse rénitente de 12 cm de grand axe. B : à la coupe, la masse correspond à un kyste refoulant la paroi gastrique ayant un contenu purulent centré par une compresse.*



*Figure 3 : L'examen histologique montre des cellules géantes multinucléées englobant des fils (HE × 200).*

fibres de textile au sein de la masse prélevée (Figure 2). L'examen histologique a toujours conclu à un infiltrat inflammatoire polymorphe riche en cellules géantes de type à corps étranger entourant les fibres textiles (Figure 3). L'évolution post-opératoire était bénigne dans 4 cas. Une patiente âgée de 72 ans a été décédée à j3 post-opératoire dans un tableau d'insuffisance cardiaque aiguë (Tableau 1).

## DISCUSSION

La première publication médicale d'un corps étranger textile intra-abdominal est attribuée à Wilson en 1884 [4]. L'incidence réelle des textilomes est difficile à déterminer, d'une part en raison des réticences à signaler les cas découlant de crainte de répercussions juridiques [6] et d'autre part en raison de quelques formes asymptomatiques qui passent souvent inaper-

çues. Une étude Américaine a évalué l'incidence annuelle des textilomes aux Etats unis à environ 1 500 cas par an [8]. Kiernan a estimé, que des compresses sont accidentellement oubliées une fois toutes les 3 000 à 5 000 opérations chirurgicales [9]. La chirurgie initialement en cause fait une large part aux interventions digestives suivies par la gynécologie, puis la chirurgie urologique et vasculaire et enfin la chirurgie osseuse et du rachis. De rares cas de textilomes intracrâniens ont été aussi publiés [7]. Les chirurgies mini-invasives comme la coelioscopie ne sont pas concernées. Contrairement aux idées classiques, la chirurgie d'urgence à potentiel hémorragique n'est en cause que dans 1/3 des cas alors que l'essentiel des interventions, se compliquant de textilome, ont été programmées à froid et abordant les grandes cavités [8]. Un indice de masse corporel (IMC) élevé ou un événement imprévu tel qu'un traumatisme vasculaire survenant lors de la chirurgie constituent les autres facteurs de risque du « syndrome de la compresse oubliée ». Sur le plan physiopathologique, les fibres de textile

*Tableau 1 : Résumé des cas cliniques.*

Cas	Age	Sexe	Antécédents chirurgicaux	Délai de découverte	Mode de découverte	Aspect radiologique	Aspect macroscopique	Histologie
1	72	F	Cholécystite	20 ans et 8 mois	masse épigastrique + épigastrie	masse gastrique pariétale de 14 cm de grand axe à contenu hyperdense	masse kystique remplie de pus centrée par une compresse	tissu de granulation riche en macrophages + cellules géantes multinucléées à corps étranger entourant des débris de compresse
2	66	F	Appendicite	6 mois	douleur + issue de pus par la cicatrice de macburney	aspect épaissi de la paroi des anses grêliques associé à un épanchement en inter-anse et une infiltration de la graisse péritonéale	champ blanc au contact du coecum formant un abcès avec fistules multiples	infiltrat inflammatoire abondant et polymorphe avec présence de cellules géantes multinucléées de type à corps étranger
3	38	F	Accouchement par césarienne	11 mois	hernie ombilicale	masse pelvienne de 10 cm de grand axe	coque fibreuse enrobant un textilome adhérent au jéjunum moyen	infiltrat inflammatoire riche en plasmocytes, macrophages et cellules géantes de type à corps étranger
4	47	F	opéré pour carcinome canalaire infiltrant du sein	4 ans	masse en regard de la cicatrice opératoire	aspect évocateur d'une récidence locale de la tumeur	masse bien limitée, blanchâtre, de consistance scléreuse centrée par une compresse	infiltrat macrophagique avec des cellules géantes de type à corps étranger entourant des fibres textiles
5	55	F	Kyste ovarien	24 ans	hernie de la ligne blanche	non faite	masse bien limitée, blanchâtre, de consistance scléreuse centrée par une compresse	amas lymphoïdes avec macrophages et cellules géantes de type à corps étranger

provoquent dès la 24<sup>e</sup> heure une réaction inflammatoire avec exsudation suivie par la formation d'un tissu de granulation (8<sup>e</sup> jour) laissant place à la fibrose qui s'organise à partir du 13<sup>e</sup> jour. Ce corps étranger va subir soit un enkystement fibreux aseptique avec formation du granulome se manifestant habituellement par une masse palpable survenant des mois voir des années après l'intervention chirurgicale, soit il est le siège d'une réaction exsudative, conduisant à la formation d'abcès ou de fistule [9].

Les manifestations cliniques sont variées mais elles peuvent rester latentes. Le textilome se manifeste habituellement par un syndrome de masse et/ou des signes généraux. Dans notre série, une masse palpable de grandeur variable a motivé 4 patientes à consulter. Dans l'autre cas, une infection du site opératoire a permis de reprendre la cicatrice chirurgicale et la découverte du textilome. Les textilomes infectés se manifestent dans les premières semaines alors que les fistulisations nécessitent une évolution plus longue (de deux mois à deux ans) contrairement aux formes pseudo-tumorales qui sont tardives (au-delà de deux ans). Dans la littérature, le délai le plus long rapporté est de 67 ans après une néphrectomie [8]. Dans notre série, le délai le plus long rapporté est de 24 ans chez une femme âgée de 55 ans et qui a été opérée pour kyste de l'ovaire.

L'absence de signes spécifiques tant cliniques que radiologiques, rend le diagnostic souvent difficile avant la ré-intervention chirurgicale. Il peut être le résultat du hasard lors d'une laparotomie faite pour une autre cause. L'exploration chirurgicale par laparotomie ou coelioscopie permet de confirmer le diagnostic et d'extraire le corps étranger dans la majorité des cas. Cependant, certains rapports recommandant des méthodes alternatives ont récemment fait leur apparition dans la littérature [10]. Noshier et Siegel [11] ont décrit six patients chez qui une extraction percutanée a été effectuée avec succès pour le retrait de corps étrangers, y compris un textilome intra-abdominal. Ils ont conclu aux bénéfices de cette méthode qui a l'avantage d'éviter la chirurgie. Dans notre série, l'abord coelioscopie n'a pas été pratiqué et la laparotomie était la méthode de choix pour tous les opérateurs. Le diagnostic différentiel est fonction de la symptomatologie clinique et du temps de latence post-opératoire. En dehors d'un contexte occlusif où l'on peut envisager une occlusion sur bride, d'autres diagnostics peuvent être discutés : abcès à germes anaérobies, tumeur nécrosée, récurrence tumorale ou fécalome [12, 13]. La guérison est généralement la règle après ablation chirurgicale et drainage du foyer purulent [14]. Pour notre série, le décès est survenu dans un seul cas (cas n° 1) dû à la décompensation d'une insuffisance cardiaque en post opératoire. L'abstention peut être aussi un choix en fonction des cas. La transformation maligne secondaire à une réaction à un corps étranger dans le cadre d'un textilome

est exceptionnelle [15]. Seuls deux cas signalant un développement du cancer comme une complication de textilome ont été publiés [16].

Le textilome est source de nombreux problèmes médico-légaux. Le fait d'oublier un corps étranger (compresse, champ...) lors d'une intervention chirurgicale constitue le plus souvent une faute pour le juge d'autant plus que ses conséquences peuvent être graves pour la santé du patient. Les missions types en responsabilité médicale sont difficiles. L'expert doit recueillir toutes les données lui permettant de qualifier une faute dans la prise en charge du patient : avant l'intervention, lors de l'intervention ou en post-opératoire. Les compresses arrivant sur le champ opératoire doivent être recomptées avant d'entamer l'acte chirurgical. Il ne faut pas se fier au conditionnement car il arrive qu'un paquet présumé contenir 20 compresses ne contienne en réalité que 19 ou 21. En per-opératoire, les compresses ayant une fonction de tamponnement ou d'hémostase doivent être de grande taille et munies d'un fil de repérage monté sur pince qui sera placé en dehors de la plaie opératoire. Le médecin doit veiller aussi au respect du plus grand calme de façon à permettre de travailler avec sérénité. Plus l'on se trouve dans l'urgence et l'agitation, plus le risque d'oubli est important. D'autre part, l'expert aura à identifier une inexactitude du geste opératoire, une difficulté de maîtrise d'un saignement par tamponnement ou un non-respect des consignes qui peuvent compromettre le déroulement de l'opération conformément aux données de l'art et aboutir d'une façon ou autre à laisser involontairement un champ textile dans le champ opératoire. Une fois l'acte est terminé et avant de fermer la plaie, le chirurgien doit de nouveau compter les compresses stériles encore présentes dans l'environnement stérile opératoire et celles usagées, jetées. Le nombre total de compresses retrouvées en fin d'intervention est comparé au nombre de compresses comptées avant et durant l'intervention. Si le compte n'est pas correct, une vérification par radiographie est indispensable. Le radiologue doit être averti de l'objet de la recherche. Enfin, toute anomalie clinique ou biologique dans l'évolution du patient (VS, CRP, écoulement, douleur...) doit provoquer de nouveaux examens centrés sur le problème [17].

La constatation d'un textilome met toujours en cause la responsabilité du chirurgien tant sur le plan civil que pénal car c'est une faute personnelle involontaire. En droit commun tunisien, la mise en jeu de la responsabilité civile nécessite la réunion de l'existence d'un dommage subi, d'une faute commise et d'un lien de causalité entre la faute et le dommage. Le chirurgien est condamné alors pour indemnisation de la victime ou des ses ayants droit. L'indemnisation est à la charge du chirurgien ou de son assurance professionnelle personnelle. Le chirurgien peut aussi s'exposer à des sanctions pénales, lorsque les faits qui lui sont reprochés sont susceptibles de constituer une infra-

ction [18, 19]. On peut citer les coups et blessures involontaires par inattention (article 225 du code pénal tunisien) et l'homicide involontaire (article 217 du code pénal tunisien). En établissement public, le chirurgien peut être traduit sur la base de sa faute professionnelle devant le conseil de discipline relevant du ministère de la santé publique. Dans notre série, le décès est survenu dans un seul cas (cas n° 1). La cause de la mort était attribuée à une décompensation cardiaque post-opératoire. Entre le décès et l'intervention chirurgicale est rapportée une chaîne d'événements dont la succession est importante à considérer lors de l'étude du lien de causalité. La présence d'état antérieur (insuffisance cardiaque dans ce cas) fait entrer le mécanisme mortel dans un processus d'aggravation plutôt que de genèse initial. La responsabilité serait de ce fait « atténuée ». Sur le plan du raisonnement juridique, la théorie de la causalité adéquate serait la plus adoptée. Ainsi, les magistrats seraient tenus au raisonnement suivant : « s'il n'y avait pas eu de textilome, il n'y aurait pas d'intervention chirurgicale et donc pas de complications post-opératoires notamment pas de décompensation cardiaque ». En cas de chirurgies multiples, le problème se pose pour la responsabilité du dernier opérateur. La compresse a-t-elle été oubliée lors de la dernière intervention ou plus tôt encore ? Or, un même site chirurgical peut avoir été abordé par deux opérateurs différents à plus de dix ans d'intervalle. Il appartient à la victime de démontrer quelle intervention est à l'origine du dommage.

## CONCLUSION

L'utilisation systématique de compresses marquées, le compte systématique de compresses, le fait de penser au diagnostic de textilome et d'en faire le diagnostic différentiel de toute masse chez un patient antérieurement opéré... Toutes ces mesures peuvent permettre de maîtriser le risque d'erreur humaine. Mais aucune ne peut formellement et à coup sûr éviter ce risque. Pour diminuer les risques chirurgicaux, l'OMS a édité une checklist des procédures à mettre en œuvre de façon systématique dans tous les blocs chirurgicaux pour tous les types d'interventions. ■

**Conflit d'intérêt : aucun.**

## RÉFÉRENCES

- [1] Buy JN., C. Hubert, MA. Ghossain, L. Malbec, JP. Bethoux, J. Ecoiffier. Computed tomography of retained abdominal sponges and towels. *Gastrointest radiol.* 1989;14:41-5.
- [2] O'connor AR., Coakley FV., Meng MV., Eberhardt SC. Imaging of retained surgical sponges in the abdomen and pelvis. *Ajr am j roentgenol.* 2003;180(2): 481-9.
- [3] Deborshi S., Arvind P., Ashutosh T., Ram Chandra S., Vijay K. Unconsidered cause of bowel obstruction gossypiboma. *J Can Chir* 2008;51:2.
- [4] Madhusundhan KS., Madan R., Shad P. Gossypiboma causing intestinal obstruction. *Clinics ReschHepatol Gastroenterology* 2012;36:400-1.
- [5] Mir AA., Ajaz H., Syed Mohammed G. Gossypiboma: A case report. *Indian J Surg* 2012; 74(2):177-8.
- [6] Grienten M., Van Poppel H., Baert L. et al. Renal pseudotumor due to retained perirenal sponge : CT features. *J. Compt. Assist Tomogr* 1992;16:305-7.
- [7] Nassar I., Mahi M., Semlali S., Elquessar A., Chakir N., Elhassani M. et al. Textilome intracranien. A propos d'un cas. *J neuroradiol* 2004;31:148-49.
- [8] Van Goethem JW., Parizel PM., Perdieu D., Hermans P., de Moor J. Mr and ct imaging of paraspinal textiloma (gossypiboma). *J Comput Assist Tomogr.* 1991; 15(6):1000-3.
- [9] Israel C., Chambi MD., Ronald R., Tasker MD., Fredgentili MD., et al. Gauze-induced granuloma (gauzoma): an uncommon complication of gauze reinforcement of berry aneurysms. *J Neurosurg.* 1990; 72:163-70.
- [10] Gencosmanoglu R., Inceoglu R. An unusual cause of small bowel obstruction: gossypiboma—case report. *BMC Surg* 2003;3:6.
- [11] Noshier JL. and Siegel R. : Percutaneous retrieval of non-vascular foreign bodies. *Radiology* 1993;187: 649-651.
- [12] Guiard J.M., Bonnet J.C., Boutin J.P., Plane D., Guilleux M.H., Delorme G. « Textilome » : aspect tomodensitométrique. A propos d'un cas. *Ann Radiol* 1989;31(1):49-52.
- [13] Kopka L., Fischer U., Gross A., Funke M., Oesmann J. and Grabbe E. CT of retained surgical sponges (textilomas) : pitfalls in detection and evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1996;20(6):919-23.
- [14] Néel JC., Cussac JB., Dupas B., Letessier E., Borde L., Eloufir M. et al. Textilomes: a propos de 25 cas et revue de littérature. *Chirurgie* 1994;120(5):272-6.
- [15] Okada F. Beyond foreign-body-induced carcinogenesis: Impact of reactive oxygen species derived from inflammatory cells in tumorigenic conversion and tumor progression. *Int J Cancer* 2007;121:2364-72.
- [16] Nishida T., Nishiyama N., Kawata Y., Yamamoto T., Inoue K., Suehiro S.: Mediastinal malignant fibrous histiocytoma developing from a foreign body granuloma. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;53:583-6.
- [17] Association of Perioperative Registered Nurses: AORN : Recommandes Practicies Commitee. Standard Recommended Practicies and Guideline : Recommended Practicies for spnges, charp and instrument counts. AORN 2005.
- [18] Monika G., Aggarwal AD. A Review of Medicolegal Consequences of Gossypiboma. *J Indian Acad Forensic Med* 1993; 32(4):358-61.
- [19] Tumer AR., Yasti AC. Medical and legal evaluations of the retained foreign bodies in Turkey. *Leg Med (Tokyo).* 2005;7(5):311-3.



# DÉLIVRANCE DE L'INFORMATION AUX PATIENTS : CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MÉDECINS EN CÔTE D'IVOIRE

## PROVISION OF INFORMATION TO PATIENTS: KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF DOCTORS IN CÔTE D'IVOIRE

Par K. BOTTI<sup>1\*</sup>, M. DJODJO<sup>1</sup>, KMEV. EBOUAT<sup>1</sup>, Z. KONATE<sup>2</sup>, GJEA. DJODIRO<sup>2</sup> & H. YAPO ETTE<sup>1</sup>

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

### RÉSUMÉ

**Objectif :** Décrire les connaissances qui déterminent les attitudes des médecins en vue de les aider à mieux informer leurs patients.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une enquête à visée descriptive réalisée du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 juin 2016 au CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) et ayant concerné 71 médecins.

**Résultats :** La majorité des médecins enquêtés étaient de sexe masculin (82%) avec un sex-ratio égal à 4,5 et avaient moins de 5 ans d'ancienneté dans l'exercice de leur profession (67,6%). La plupart d'entre eux (81,7%) informaient les patients avant tout acte médical dans le but d'améliorer l'efficacité des soins (76,1%) et cette information portait sur le traitement (83,1%), les conséquences en l'absence de soins (77,5%) et le diagnostic (70,4%). Ils prenaient la peine d'écouter les patients et de répondre à leurs préoccupations (79%) et tenaient compte de leurs avis avant d'instituer un traitement (87,3%). Cette information était délivrée en des termes plus simples (59,2%), sans cacher la gravité (42,3%) et de manière

plutôt complète (32,4%) notamment en cas de maladie grave mais la barrière de la langue constituait un obstacle à la délivrance de l'information pour 97,2% des médecins dont 88,4% avaient recours à un interprète. Selon 97,2% des médecins, les patients se disaient satisfaits des informations qu'ils leur donnaient et qu'ils avaient recours à d'autres sources d'information pour vérifier l'information délivrée par le médecin (43,7%).

**Conclusion :** La mise en place d'une loi relative aux droits des patients en matière d'information ainsi que des recommandations en matière d'information destinées aux médecins pourront améliorer la délivrance de l'information aux patients en Côte d'Ivoire.

### MOTS-CLÉS

Médecine légale, Information, Patients, Médecins, Bouaké (Côte d'Ivoire).

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the knowledge that determines the attitudes of physicians in order to help them better inform their patients.

1. UFR Sciences Médicales d'Abidjan-Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody (Côte d'Ivoire).
2. UFR Sciences Médicales de Bouaké-Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire).

\* Auteur correspondant : Koffi BOTTI  
Adresse mail : bottikoffi@yahoo.fr

**Materials and methods:** This was a descriptive survey conducted from 1 March 2016 to 30 June 2016 at Bouaké University Hospital (Côte d'Ivoire) and involving 71 doctors.

**Results:** The majority of physicians surveyed were male (82%) with a sex ratio of 4.5 and had less than 5 years of seniority in the practice of their profession (67.6%). Most of them (81.7%) informed patients prior to any medical procedure to improve the effectiveness of care (76.1%), and this information included treatment (83.1%), the consequences in the absence of care (77.5%) and the diagnosis (70.4%). They took the time to listen to patients and respond to their concerns (79%) and took their opinions into account before starting treatment (87.3%). This information was delivered in simpler terms (59.2%), without hiding the seriousness (42.3%) and in a mostly complete way (32.4%), notably in case of serious illness, but the language barrier constituted an obstacle to the provision of information for 97.2% of physicians, 88.4% of whom had recourse to an interpreter. According to 97.2% of physicians, patients were satisfied with the information they provided and used other sources of information to verify information provided by the physician (43.7%).

**Conclusion:** The implementation of a law on patients' rights concerning information and recommendations for doctors concerning information will improve the delivery of information to patients in Côte d'Ivoire.

## KEYWORDS

*Forensic medicine, Information, Patients, Doctors, Bouaké (Côte d'Ivoire).*

## INTRODUCTION

L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient et contribue à la participation active de ce dernier aux soins. En effet, elle est destinée à éclairer le patient sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui lui sont proposés. La délivrance de cette information au patient requiert de bonnes connaissances et attitudes du médecin pour satisfaire à son obligation d'information dans le respect des règles déontologiques et des dispositions légales relatives aux droits des patients [1]. Elle nécessite également une bonne communication interactive, ce qui améliore leur satisfaction res-

pective, notamment la qualité de vie du patient, le suivi du traitement et les résultats cliniques [7]. Aujourd'hui avec l'évolution des médias notamment Internet, les patients sont de plus en plus informés sur leur droit en matière de santé mais le médecin doit être la meilleure source d'information fiable pour ces derniers car le défaut d'information engage sa responsabilité. En outre l'absence d'écoute ou d'explications suffisantes par le médecin, est l'une des principales plaintes des patients vis-à-vis de celui-ci [2]. En Côte d'Ivoire, les données de la littérature sur ce sujet sont rares voire absentes. Ce constat a motivé la réalisation de cette enquête au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire) dont l'objectif était de décrire les connaissances et comportement des médecins relatifs à la délivrance de l'information en vue de les aider à mieux informer leurs patients.

## I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête à visée descriptive réalisée du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 30 juin 2016 au Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké en Côte d'Ivoire et ayant concerné 71 médecins présents dans les différents services durant la période d'étude. Pour la collecte des données, une fiche d'enquête anonyme a été utilisée, recueillant d'une part, les données socio-démographiques (le sexe, la spécialité et l'ancienneté dans la profession) et d'autre part, les réponses aux questions spécifiques à l'étude permettant d'explorer l'importance de l'accueil dans la communication avec les patients, l'écoute et la prise en compte des préoccupations des patients, les raisons du recours des patients aux médias pour s'informer, la qualité et les modalités de délivrance de l'information aux patients. Cette enquête a été réalisée avec l'autorisation du Directeur médical et scientifique de cette structure sanitaire, l'accord de chaque médecin et dans le respect du secret médical.

## II. RÉSULTATS

### II.2. Données sociodémographiques

La majorité des médecins étaient de sexe masculin (82%) avec un sex-ratio égal à 4,5. Il s'agissait de médecins spécialistes (71,8%) ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans l'exercice de leur profession (67,6%).

### **II.2.1. Réponses des médecins sur les questions spécifiques à l'enquête**

#### **✓ Sur l'importance et le rôle de l'information**

La plupart des médecins (81,7%) informaient les patients avant tout acte médical dans le but d'améliorer l'efficacité des soins (76,1%) mais aussi par conviction éthique (69%), pour respecter les dispositions légales (63,4%) et pour leur donner une plus grande autonomie (39,4%).

#### **✓ Sur la qualité de l'information**

L'information délivrée par les médecins portait sur le traitement (83,1%), les conséquences en l'absence de soins (77,5%), le diagnostic (70,4%) et sur les risques liés au traitement représentaient (32,4%).

#### **✓ Sur les modalités de délivrance de l'information**

L'accueil était un élément essentiel dans la communication avec les patients pour tous les médecins enquêtés qui prenaient la peine de les écouter et de répondre à leurs préoccupations (79%). La majorité des médecins accordaient en moyenne 15 à 20 minutes (40,9%) aux patients lors de la consultation et tenaient compte de leurs avis avant d'instituer un traitement ou poser un acte médical (87,3%). Ces médecins délivraient l'information en des termes plus simples au risque d'être moins précis (59,2%), sans cacher la gravité (42,3%) et de manière plutôt complète (32,4%) mais l'annonce du diagnostic en cas de maladie grave était sincère sans rien cacher dans 54,9% ou avec circonspection (45,1%). Il arrivait à 73,2% des médecins de ne pas informer sciemment leurs patients ou de dissimuler l'information, non pas, par manque de temps (50%) mais dans le but de les protéger (42,3%) ou à cause de la présence d'une tierce personne (42,3%). La plupart des médecins (90,1%) s'assuraient que les malades avaient compris l'information qu'ils leur donnaient en leur demandant de l'expliquer mais la barrière de la langue constituait un obstacle à la délivrance de l'information pour 97,2% des médecins dont 88,4% avaient recours à un interprète qui était dans la majorité des cas (73,8%), un membre du personnel médical parlant la même langue que le patient.

#### **✓ Sur l'appréciation de l'information**

Pour 97,2% des médecins, les patients se disaient satisfaits de l'information qu'ils leur donnaient et pour eux, ces patients se tournaient vers d'autres sources d'information dans le but de vérifier l'information délivrée par le médecin (43,7%), de la compléter (25,4%) mais aussi pour des problèmes psychologiques liés aux patients (23,9%) ou lorsqu'ils

n'étaient pas satisfaits de l'information donnée par le médecin (19,7%).

### **III. DISCUSSION**

Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés étaient des hommes (82%) avec un sex-ratio égal à 4,5. La plupart de ces médecins étaient des spécialistes (71,8%), ce qui se comprend puisqu'il s'agit d'une structure hospitalo-universitaire de niveau tertiaire dans la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire. Ces médecins avaient une ancienneté de moins de cinq ans dans l'exercice de leur profession (67,6%) dans cet établissement de santé, ce qui ne signifie pas qu'ils étaient moins expérimentés puisque l'expérience se mesure par la durée du travail effectif dans un titre d'emploi peu importe les années de service ou l'ancienneté [19].

Ces médecins percevaient l'importance et le rôle de l'information dans leur relation avec les patients puisque la plupart d'entre eux (81,7%) les informaient avant tout acte médical. Ils le faisaient le plus souvent dans le but d'améliorer l'efficacité des soins (76,1%) ou par respect des principes éthiques (69%) et aussi par respect des dispositions légales (63,4%) qui encadrent l'exercice de la médecine. Toutefois, la délivrance de l'information en vue de rechercher l'autonomie des patients était relativement faible puisqu'elle ne représentait que 39,4% des cas. Or l'autonomie du patient qui implique la liberté, la capacité de délibérer, de décider et d'agir ainsi que le respect de sa personne contribuent à l'obtention de sa participation et de son implication dans les soins. En effet, obtenir une plus grande implication des patients nécessite de développer une culture professionnelle qui valorise le rôle actif de ces derniers tant au niveau des décisions à prendre qu'au niveau de leurs soins mais sans le leur imposer, ce qui améliore l'observance des traitements et la qualité des soins [4, 9, 14, 16]. L'implication des patients dans la prise en charge de leur santé requièrent en outre une « décision médicale partagée » qui repose sur l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord [15, 17]. Cette part relativement faible de l'information délivrée en vue de donner une plus grande autonomie aux patients limite par conséquent la participation de ces derniers, parce que sous prétexte d'agir pour leur bien, les médecins décident trop souvent à la place des patients en devenant les juges légitimes de l'intérêt physique et moral des patients, dans un souci d'humanité compte tenu de la position de faiblesse et de vulnérabilité de ceux-ci [3]. Détenteurs du savoir et du pouvoir de soigner, ils recommandaient, voire ordonnaient, eux seuls étaient détenteurs de la conscience, celle du soigné étant limi-

tée à un don de confiance. Ce paternalisme est actuellement révolu selon **Tannier** [18]. Pour le médecin, le respect de l'autonomie du patient doit se traduire concrètement par le devoir de s'assurer que l'information transmise a été bien comprise comme le disaient la majorité des médecins enquêtés (90,1%) dans notre étude et que les conséquences d'un consentement ou d'un éventuel refus de soins ou d'investigations ont été bien assimilées [18]. L'implication du patient dans les décisions thérapeutiques est corroborée par la notion de « **démocratie sanitaire** » visée par la loi du 4 mars 2002 en France relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [13]. En cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé, cette preuve pouvant se faire par tout moyen et notamment par la tenue d'un dossier médical [13]. D'un point de vue juridique, l'information orale délivrée par le médecin ne perd pas de son utilité à partir du moment où le médecin peut témoigner de son exécution, par exemple en l'inscrivant dans le dossier médical du patient. Dans les pays développés notamment en France, les avancées jurisprudentielles en matière d'information des patients ont été reprises et intégrées dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits de patients et à la qualité du système de santé en France [13]. Cette loi renforce le devoir d'information en donnant le droit au patient d'accéder librement à son dossier médical. L'information permet d'éclairer le patient sur son état de santé, de lui expliquer le déroulement et la nature des soins qu'il va recevoir. Elle lui permet également de participer activement aux prises de décisions médicales qui le concernent tout au long de sa prise en charge [1]. C'est pourquoi, les médecins accordaient une place essentielle au contenu et à la qualité de l'information délivrée aux patients en mettant l'accent mais dans des proportions variables, sur le traitement (83,1%), les conséquences liées à l'absence de soins (77,5%) et sur le diagnostic (70,4%) et quelque fois sur les risques liés à ce traitement prescrit (32,4%). De manière globale, cette attitude des médecins dans cet établissement de santé se rapproche des dispositions du Code de déontologie médicale ivoirien [5].

En outre, concernant les modalités de délivrance de l'information aux patients, les médecins interrogés étaient tous unanimes (100%) sur l'importance de l'accueil dans la communication avec les patients qui implique une bonne écoute réciproque. C'est la raison pour laquelle, la plupart d'entre eux prenaient la peine d'écouter et de répondre aux préoccupations des patients (79%) tout en tenant compte de leurs avis avant d'instituer un traitement ou poser un acte médical (87,3%). En effet, l'écoute est une attitude précieuse parce qu'elle représente ce que l'on a de mieux à donner au patient faute de quoi, la relation ne serait pas de qualité mais également difficile puisqu'elle peut faire éprouver un sentiment d'impuissance. En outre,

elle nécessite une ouverture vers l'autre malgré les difficultés liées à l'exercice médical, ce qui permet de montrer au patient que l'on accorde un intérêt à sa personne, à ce qu'il ressent et dit, mais plus encore, qu'il est au cœur des soins. Cette priorité accordée à l'écoute explique le fait que la majorité des médecins accordaient en moyenne 15 à 20 minutes (40,9%) aux patients lors d'une consultation même si parfois ce temps était court et n'excédait pas 10 minutes (19,7%). Pour **Leplège**, l'écoute attentive du patient par le médecin renforce l'empathie du médecin, c'est-à-dire cette attitude qui permet au médecin d'exprimer sa compréhension de ce que l'autre ressent [12], ce qui nécessite des compétences en communication pour le médecin qui doit rester la principale source d'information pour le patient face aux médias notamment Internet. Toutefois, dans les pays développés et notamment en France, les médecins reconnaissent eux-mêmes que la communication avec les patients est une de leur principale difficulté et que la prise en charge des préoccupations de leurs patients n'est pas une priorité pour eux [6, 11]. Par ailleurs, la qualité de l'écoute du médecin baisse lorsque celui-ci est confronté à plus de deux motifs lors de la consultation et à un problème d'ordre social exprimés par le patient voire quand celui-ci pose ses préoccupations à la fin de la consultation ou encore lorsqu'il est âgé de plus de 80 ans et de catégorie socioprofessionnelle inférieure [8]. Ces difficultés de communication expliquent la plupart (70-80%) des plaintes et des poursuites judiciaires contre les médecins notamment à New York selon **Beckman** [2]. Pour la qualité de la communication la majorité des médecins de notre étude (62%) délivraient aux patients une information, claire, loyale et appropriée telle que recommandée par le Code de Déontologie médicale [5] c'est-à-dire utilisant le plus souvent des termes simples qu'ils puissent comprendre, au risque d'être moins précis (59,2%) et quelque fois sans leur cacher la vérité (42,3%) et de manière complète (32,4%) mais sincère dans 54,9% des cas lorsqu'il s'agissait d'une maladie grave. Cette attitude des médecins est indispensable pour le recueil du consentement des patients à l'acte médical mais il existe des obstacles à la délivrance de l'information. Ces obstacles étaient liés d'une part, à la rétention ou à la dissimulation de l'information par 73,2% des médecins qui le faisaient selon eux dans le but de protéger les patients ou à cause de la présence d'une tierce personne (42,3%) pour préserver le secret professionnel mais jamais par manque de temps (50%) et d'autre part en raison de la barrière de la langue pour 97,2% d'entre eux. Face à cette difficulté liée à la langue, la majorité parmi ces médecins, soit 88,4% avaient recours à un interprète pour pouvoir communiquer avec les patients et le choix de cet interprète se portait le plus souvent sur un membre du personnel médical parlant la même langue que le patient (73,8%). Cette attitude des médecins n'est pas



contraire aux dispositions du Code de déontologie médicale ivoirien (article 33) qui stipule que le médecin peut dissimuler l'information à son patient dans le cas maladie grave ou de pronostic fatal [5]. Pour la majorité des médecins enquêtés (97,2%), les patients se disaient satisfaits de l'informations reçue même si le concept de satisfaction de la clientèle est une notion subjective [10]. Par conséquent, le fait que certains patients se tournaient vers d'autres sources d'information notamment Internet pouvait s'expliquer le plus souvent par le désir de ces derniers de vérifier l'information reçue (43,7%) et de la compléter parfois (25,4%) mais aussi parce que cela pouvait résulter de problèmes psychologiques propres aux patients notamment une insatisfaction liée à une information insuffisante.

Au regard des résultats de cette enquête, la majorité des médecins de cet établissement de santé voire de Côte d'Ivoire, avaient les connaissances et les attitudes appropriées pour délivrer l'information aux patients afin de faciliter leur implication dans les soins. Ce savoir et comportement des médecins respectent les grands principes des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en France sur l'information des patients destinées aux médecins pour contribuer au renforcement des compétences en vue d'aider ces médecins à mieux informer leurs patients [1]. Ces recommandations qui peuvent servir aussi de guide aux médecins de Côte d'Ivoire mettent en particulier l'accent sur l'importance de l'information, son contenu et ses qualités, ses modalités de délivrance et sa mise en cohérence ainsi que sur les qualités requises des documents écrits et les critères permettant d'évaluer la qualité de cette information, en tenant compte des besoins propres du patient et du respect dû à sa personne et ce dans le respect des règles déontologiques et des dispositions légales relatives aux droits des patients. Et en leur rappelant qu'ils engagent leur responsabilité en cas de défaut d'information dont la charge de la preuve leur incombe. Toutefois, les connaissances et attitudes de certains médecins n'étaient pas adéquates, justifiant ainsi une formation continue pour renforcer leurs compétences et répondre aux attentes des patients.

## CONCLUSION

Informé le patient est une obligation pour le médecin, ce qui lui permet non seulement de répondre à ses attentes en lui dispensant une information pertinente, personnalisée et de qualité mais également favoriser son implication dans les décisions thérapeutiques concernant son état de santé. Cela passe par la mise en place d'une loi relative aux droits des patients et à la

qualité du système de santé en Côte d'Ivoire reconnaissant un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels de santé et par une formation continue des médecins pour renforcer leur connaissances et attitudes et les aider en pratique, à mieux informer leurs patients. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Information des patients – Recommandations destinées aux médecins. Service des recommandations professionnelles. Paris, 2000.
- [2] Beckman HB, Markakis AL, Frankel RM *et al.* The doctor-patient relationship and malpractice; Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal medicine* 1994, 12(154), 1365-70.
- [3] Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé-France. Avis n° 87, « Refus de traitement et autonomie de la personne, avril », 2005, p. 23-24. Disponible sur le site [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr) consulté le 2016.
- [4] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997, 44(5), 681-92.
- [5] Loi n° 62-248 du 31 juillet 1962 instituant un Code de déontologie médicale ivoirien.
- [6] Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B *et al.* Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? *La Rev du Prat Med Gen*, 1994, 8(260), 41-8.
- [7] Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique* 2007, 19, 413-425.
- [8] Groupe d'action prioritaire « communication » de la SIFEM. La formation à la communication professionnelle en santé dans les Facultés de médecine d'expression française : la nécessité d'agir ! Document de travail 2010. Disponible sur le site <http://www.cid-mef.u-bordeaux2.fr>.
- [9] Haute Autorité de Santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etat des lieux. Service Bonnes pratiques professionnelles, octobre 2013 ; 74 p. Disponible sur le site [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- [10] Lairy G. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Service d'Evaluation Hospitalière de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), septembre 1996, 35p.
- [11] Lemasson A, Gay B, Duroux G *et al.* Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? *Médecine*, 2006, 1(2), 38-42.

- [12] Leplège A, Coste J. *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Editions Estem 2002.
- [13] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF* du 5 mars 2002.
- [14] Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006, 60(3), 301-12.
- [15] Moumjid N, Nguyen F, Brémond A *et al*. Préférences des patients et prise de décision : état des lieux et retour d'expérience en cancérologie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2008, 56(4), S231-S238.
- [16] National Collaborating Centre for Primary Care (UK). *Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: RCP; 2009.
- [17] Politi MC, Wolin KY, Legare F. Implementing clinical practice guidelines about health promotion and disease prevention through shared decision making. *J Gen Intern Med* 2013, 28(6), 838-44.
- [18] Tannier C. Éthique de l'autonomie et relation de soins. *Revue hospitalière de France* 2013, n° 550, 63-66.
- [19] Therrien B. Ancienneté vs expérience ? Disponible sur le site [www.csss.sudlanaudiere.ca](http://www.csss.sudlanaudiere.ca). 1 p.

# DISSIMULATION DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES PAR UNE EXPRESSION SOMATIQUE

## CONCEALMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS BY SOMATIC EXPRESSION

Par **François DANET\***

### MOTS-CLÉS

Dissimulation, Troubles psychiatriques, Expression somatique, Expertise psychiatrique, Dommage corporel.

### KEYWORDS

*Concealment, Psychiatric disorders, Somatic expression, Expert psychiatric assessment, Physical injury.*

Cet article s'inscrit dans la logique de l'expertise psychiatrique, et notamment de l'expertise du dommage corporel. Il interroge de ce fait la place de l'évaluation des troubles psychiatriques au sein de l'évaluation plus globale du dommage corporel, qu'on pourrait d'ailleurs nommer « Dommage Médical ». Afin de comprendre ce qu'on peut enten-

dre par la dissimulation non intentionnelle des troubles psychiatriques par une expression somatique, cet article abordera trois points successifs :

- La comparaison de la sémiologie psychiatrique et de la sémiologie somatique, leurs différences et leurs points communs.
- Les conséquences de ces différences et points communs sur l'évaluation du dommage corporel, psychiatrique ou somatique.
- Des exemples de dissimulation de troubles psychiatriques par une expression somatique, qu'il faut différencier de la question de la simulation, qui est intentionnelle.

### I. LA COMPARAISON DE LA SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE ET DE LA SÉMIOLOGIE SOMATIQUE

Il faut tout d'abord rappeler que l'expertise constitue l'une des quatre légitimités de la médecine que sont la recherche, la prévention, l'expertise et le soin. Le soin s'articule autour de la pensée clinique telle qu'elle a été élaborée au XVIII<sup>e</sup> siècle et telle qu'est concrétisée au XIX<sup>e</sup> siècle lors de l'essor de la médecine et de la construction des hôpitaux modernes. Le développement des segments de la profession médicale, vulgarisés sous le vocable de spécialités médicales, est sou-

\* Psychiatre, Médecin Légiste,  
Ecole de Psychologues Praticiens, 71 rue Molière, 69003 Lyon,  
France – francoisdanet@orange.fr

tenu par une démarche scientifique dénommée démarche clinique, consistant à transformer des plaintes (de patients profanes) en signes, regroupés dans un second temps dans un syndrome lié à une physiopathologie, qui trouve sa source dans une ou plusieurs étiologies, qu'il est possible de traiter par des outils spécifiques à la pathologie en cause. Cette démarche clinique confère également un pronostic à la pathologie en cause, c'est-à-dire une prédiction médicale concernant le développement futur de l'état du patient, et les chances éventuelles de guérison. La guérison se définit alors par la disparition des symptômes associée à la disparition et/ou la cicatrisation des lésions, alors que tout traitement a été interrompu, et au-delà une guérison plus globale qui comprendrait la restitution *ad integrum* des lésions et la disparition de tout signe, qu'il soit fonctionnel, biologique ou anatomique. Par exemple, le « mal de tête » (plainte), quand il est identifié par le médecin comme une douleur violente et tenace de la tête, devient une céphalée (signe). Associé à des vomissements ou nausées, des troubles de la vigilance et une évolution vers l'obnubilation ou le coma, il constitue le « syndrome d'hypertension intracrânienne », dont la physiopathologie est l'augmentation du volume du contenu de la boîte crânienne confronté à l'inextensibilité du contenant. Ses principales étiologies sont la tumeur primitive ou secondaire, l'abcès et l'encéphalite, dont les traitements peuvent être la cure de la tumeur, l'exérèse de l'abcès ou le traitement anti-infectieux de l'encéphalite. Dans tous les cas, le patient atteint de « mal de tête », « céphalée » et « syndrome d'hypertension intracrânienne » relève du registre de la neurologie, même si un avis voire un traitement peuvent nécessiter un spécialiste d'un autre segment : neurochirurgien ou infectiologue par exemple. *A contrario*, s'il est attesté que la céphalée est associée à une diplopie monoculaire, des éblouissements, une vision imprécise à toutes les distances, un allongement des lignes verticales ou horizontales et une confusion de lettres proches comme H et N, avec une physiopathologie constituée par un vice de réfraction tel que l'œil donne une image différente selon ses différents axes, et comme étiologie une anomalie de courbure de la cornée, le patient relève de l'ophtalmologie car il est astigmat. Le traitement est la chirurgie réfractive ou le port de lunettes ou de lentilles toriques, c'est-à-dire n'ayant pas la même puissance pour les différents méridiens.

Comme ces exemples le démontrent, l'étiologie de la pathologie en question détermine la « case » où va être placé le malade dans le dispositif médical et hospitalier. En outre, quand un médecin fait l'hypothèse d'une étiologie, il peut vérifier cette hypothèse par des examens complémentaires, notamment biologiques ou d'imageries. Les spécialités médicales sont segmentées en fonction des organes et des fonctions physiologiques auxquels elles se rattachent, et s'appuient sur

les sciences de la vie, notamment la biologie et l'anatomie. De ce fait, dans un contexte où la profession médicale se subdivise en fonction des organes et fonctions physiologiques que ses professionnels soignent, la psychiatrie constitue l'une des exceptions à cette logique, dans la mesure où le psychisme n'est pas un organe, et la pensée n'est pas au sens strict une fonction physiologique. La psychiatrie ne peut donc pas être réduite à une sous-discipline de la neurologie, au sein de laquelle le psychisme ne serait qu'une « partie » du cerveau et la pensée l'une des expressions des activités cérébrales.

Dans la démarche clinique psychiatrique, que l'on pourrait appeler psychopathologie, la logique d'objectivation est similaire, à savoir celle qui consiste à recueillir des plaintes, les transformer en signes, les regrouper en syndromes, et les relier à une étiologie par l'intermédiaire de la psychopathologie. Il y a toutefois deux différences :

- On ne peut pas vérifier l'hypothèse étiologique par un examen complémentaire biologique ou d'imagerie.
- Dans ce contexte, la démarche diagnostique est strictement clinique et ne peut en aucun cas être uniquement validée par une fidélité inter-juges, c'est-à-dire par une similarité de diagnostic entre plusieurs professionnels. Un psychiatre peut en effet émettre une hypothèse diagnostique valide alors que plusieurs de ses confrères émettent une hypothèse de diagnostic erroné.

## II. LES CONSÉQUENCES DES DIFFÉRENCES ET POINTS COMMUNS ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LES AUTRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES SUR L'ÉVALUATION DU DOMMAGE CORPOREL

Si l'on se tourne vers le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité, on constate qu'il reprend la subdivision en organes, en y incluant la psychiatrie, comme si cette profession médicale était une spécialité comme les autres, c'est-à-dire comme si le psychisme était un organe comme les autres et la pensée une fonction physiologique comme les autres, au motif que les signes cliniques psychiatriques ont une dimension objective, par exemple l'amaigrissement, la logorrhée, le mutisme ou la micrographie.

Il existe une autre conséquence des différences entre l'évaluation diagnostique somatique et psychiatrique, il s'agit de l'état antérieur. En comparant les barèmes psychiatrique et somatique, on constate que le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité psychiatrique comporte des taux de déficit fonctionnel permanent assez faibles. Par exemple, une limitation de la flexion du genou et un syndrome dépressif sévère peuvent conduire au même taux de déficit fonctionnel



permanent de 20 %. Pourtant, dans le second cas, il est fort probable que l'état clinique de l'intéressé sera incompatible avec une vie personnelle et professionnelle construite, alors que dans le premier cas la limitation de son activité personnelle et professionnelle ne sera pas considérable.

Dans ce contexte, il est vraisemblable que la faiblesse des taux psychiatriques soit liée au fait que, même en l'absence d'état antérieur, le patient soit considéré comme porteur d'une personnalité comportant une prédisposition à l'éclosion de troubles dépressifs et anxieux postérieurs à l'événement ayant entraîné les troubles psychotraumatiques.

### III. EXEMPLES DE DISSIMULATION DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES PAR UNE EXPRESSION SOMATIQUE

Trois vignettes cliniques peuvent éclairer sur la façon dont des troubles psychiatriques peuvent être dissimulés par une expression somatique, tout en permettant de différencier la question de la simulation de celle de la dissimulation.

#### III.1. Marc

Nous nous tournerons tout d'abord vers le cas de Marc, âgé de 45 ans, qui se présente à mon cabinet accompagné d'un chien-guide pour aveugle et portant des lunettes noires. C'est un Juge des Enfants qui a ordonné l'expertise de Marc, qui a eu un enfant avec une femme dans le cadre d'une relation maritale très brève, qu'il n'a quasiment jamais vu, dans la mesure où chaque visite de l'enfant a conduit à des conduites étranges voire dangereuses de la part de Marc. La mission ne comporte aucune question sur les capacités éducatives de Marc, mais demande essentiellement de décrire son état clinique somatique et psychiatrique et de préconiser les soins adéquats.

Marc bénéficie d'une allocation aux adultes handicapés depuis 2005, du fait d'une maladie de Behçet, et il n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique. Il se comporte comme un non-voyant et est accompagné de proches, qui restent dans la salle d'attente durant l'examen psychiatrique. L'intégralité des pièces qui sont fournies mettent en évidence que Marc ne présente ni cécité objectivée, ni maladie de Behçet. Les pièces et l'examen psychiatrique mettent en évidence que le récit biographique de Marc est le plus souvent flou, approximatif et lacunaire, envahi par une désorganisation psychique et une diffuence majeure. Il fait état de nombreux antécédents médicaux, d'une maladie de Behçet, mais aussi de deux accidents vasculaires cérébraux, dix-sept épisodes de phlébites et un infarc-

tus du myocarde. La quasi-intégralité de ses antécédents est infirmée par les pièces médicales, à l'exception de la pose d'un stent sur l'artère interventriculaire antérieure moyenne du fait d'un antécédent d'infarctus du myocarde postérieur à l'allégation de perte de l'acuité visuelle dix ans auparavant.

L'examen psychiatrique met également en évidence une pensée perturbée par des ralentissements et par des phénomènes de persévération ou de répétitions stéréotypées des mêmes idées. Ses propos sont parasités par des ruptures de sens, des contaminations d'une idée par une autre, et par une diffuence qui rend progressivement ses propos de plus en plus incompréhensibles. Ses facultés d'attention et de concentration sont relâchées et variables d'un moment à l'autre, ce qui participe au flou de sa pensée, en l'empêchant de limiter son champ d'attention. Son expression émotionnelle est dominée par le vécu persécutoire. En parallèle de sa très forte désorganisation psychique, son examen psychiatrique comporte un récit globalement flou, approximatif et très lacunaire.

Son examen psychiatrique met en évidence de graves troubles de la personnalité, et notamment l'ancrage sur une esthésie persécutoire majeure, ce qui le rend incapable de percevoir la gravité de ses troubles psychiatriques, dans un contexte d'anosognosie psychiatrique. La question du trouble factice se pose, c'est-à-dire d'une simulation d'une maladie, dans la mesure où Marc ne fournit pas, lors de l'examen psychiatrique d'expertise, de pièces probantes en faveur d'une maladie de Behçet et de ses conséquences. On ne peut toutefois pas écarter l'hypothèse d'une pathologie délirante qui le conduirait à la conviction d'être atteint des maladies qu'il allègue présenter. Dans ce contexte, la mise en avant de la cécité, peut être le symptôme de l'existence d'un état délirant.

#### III.2. Fabrice

Fabrice est âgé de 32 ans. Il m'est adressé par un médecin expert désigné par une compagnie d'assurances, afin que je lui donne un avis sapiteur psychiatrique. La mission consiste à l'examiner, pour obtenir des renseignements médicaux sur l'histoire de sa pathologie actuelle, faire part des constatations médicales en indiquant la justification de l'interruption de son activité professionnelle et de la mise en invalidité 2<sup>e</sup> catégorie, fixer une date de consolidation médico-légale, et indiquer le taux d'incapacité fonctionnelle selon le barème de droit commun qui pourrait également être envisagé.

Fabrice se présente accompagné de son ex-épouse Stéphanie à la convocation d'expertise. Il est incapable d'échanger d'un point de vue verbal, et par conséquent les rares éléments biographiques transmis au cours de l'examen psychiatrique sont fournis par Stéphanie. Les propos de cette dernière sont parasités

par les sons prononcés par Fabrice, qui sont de trois sortes : le mot « *chut* », des chuintements, et des cris. Selon les propos de Stéphanie, Fabrice est titulaire d'un CAP de menuiserie, et a travaillé pendant plusieurs années en tant que cariste, sans difficulté notable. De leur union sont nés deux enfants de 7 et 5 ans. Son époux et elle ont il y a 4 ans d'un commun accord. La séparation est consécutive d'une mésentente, et n'a été occasionnée par aucun trouble du comportement, épisode de violence ou conduite éthylque. Avant l'an dernier, Fabrice ne présentait aucun antécédent médical, psychiatrique ou judiciaire. Stéphanie indique qu'après la séparation, Fabrice a été hébergé de façon alternative chez sa mère et chez des amis. Il voyait ses enfants au domicile de son ex-épouse, mais ne les a jamais hébergés dans un domicile autonome. Il y a un an sont apparus des troubles dépressifs, qui l'ont conduit à une impossibilité de travailler. Stéphanie décrit cet épisode dépressif de son ex-époux par les signes cliniques suivants : clinophilie, inversion du rythme veille/sommeil, douleur morale, anhédonie, asthénie, et difficultés d'endormissement. Selon ses propos, l'état clinique de Fabrice s'est spontanément amélioré, notamment concernant la clinophilie, l'inversion du rythme veille/sommeil, et l'insomnie, mais en parallèle de cette amélioration, Fabrice a développé des troubles du langage et des troubles moteurs. Il est devenu en effet incapable d'échanger d'un point de vue verbal, s'est montré complètement dépendant dans les tâches de la vie quotidienne, et a présenté des troubles du comportement.

Au cours de l'examen psychiatrique, Fabrice présente tout d'abord une ambivalence volitionnelle au moment de rentrer dans mon cabinet, dans une forme de réticence pour marcher en avant, car il voulait à la fois avancer et reculer. Il tapote plusieurs sièges avec ses mains avant d'accepter de s'asseoir sur le siège que je lui présente. Il ne répond à aucune de mes questions de façon verbale. Quand nous échangeons avec son épouse, il présente des impulsions verbales, sous la forme du mot « *chut* », de chuintements et de cris. Ces impulsions verbales, sous la forme d'émissions brutales et incoercibles des éléments cités, gênent l'échange que nous avons avec son ex-épouse, mais ont également une dimension théâtrale.

La symptomatologie de Fabrice est marquée par des troubles dissociatifs de la motricité. Il présente en effet des mouvements anormaux, principalement du bras droit, qui consistent à taper du poing dans le vide, comme s'il tapait sur une table imaginaire. Ces troubles moteurs sont récurrents et incoercibles, et alternent avec les impulsions verbales, mais aussi avec des moments au cours desquels il s'endort. Il faut souligner que la dimension théâtrale de ses troubles moteurs oscille avec une forme d'indifférence, notable quand il s'endort. Afin de faire le diagnostic de troubles dissociatifs de la motricité, il est nécessaire d'éli-

miner des troubles épileptiques. Dans le cas présent, les troubles moteurs n'ont aucune caractéristique de troubles épileptiques.

Dans le contexte actuel, Fabrice est fortement dépendant de son Stéphanie, chez qui il est hébergé, et qui s'acquitte pour lui de toutes les tâches inhérentes à sa vie quotidienne, et notamment la toilette et l'habillement. Cela témoigne d'une dépendance affective assez caractéristique des troubles dissociatifs, également dénommés troubles hystériques de conversion. Les psychiatres sollicités par Stéphanie pour prendre en charge Fabrice lui ont proposé de l'hospitaliser, ce qu'il a toujours refusé. Son épouse exprime un sentiment de culpabilité, à l'idée de signer la demande d'hospitalisation sous contrainte qu'ont proposés les psychiatres en question. En outre, la situation de dépendance affective de Fabrice vis-à-vis de Stéphanie constitue un bénéfice secondaire à sa pathologie névrotique et participe à la pérennisation de ses troubles. Le symptôme névrotique, ici de nature conver-sive, s'accompagne de bénéfices secondaires, qui sont toujours fonction des réactions de l'entourage. Dans le cas de Fabrice, les bénéfices secondaires de sa symptomatologie conver-sive ne se limitent pas à un intérêt accru ou à une indulgence de la part de Stéphanie, mais ils vont jusqu'à la situation extrême d'une présence physique permanente et d'un évitement de toute responsabilité contraignante pour lui.

Stéphanie exprime des idées de culpabilité qui l'empêchent d'accepter la proposition d'hospitalisation sous contrainte pour son époux, qui permettrait de mettre de la distance entre Fabrice et elle, et par conséquent de diminuer les bénéfices secondaires afin que la symptomatologie s'amenuise. Il est important de préciser que la symptomatologie conver-sive de Fabrice, comme tout trouble psychiatrique de nature hystérique, s'inscrit dans un lien relationnel que le patient a co-construit avec son entourage, et plus particulièrement son ex-épouse, qui par son acceptation de la dépendance affective vis-à-vis d'elle, renforce les bénéfices secondaires et donc la symptomatologie conver-sive de son époux. Dans ce cas précis, non seulement la symptomatologie somatique dissimule une pathologie psychiatrique, mais elle est renforcée par l'attitude de son environnement relationnel, qui retarde par exemple la date de consolidation.

### III.3. Daniel

Il y a dix ans, Daniel a été victime d'un accident de la voie publique. Son état clinique a été consolidé deux ans plus tard, mais il a sollicité le Tribunal en mettant en avant que son état clinique s'était aggravé, ce que la mission d'expertise me demande évaluer.

Daniel est âgé de 61 ans. Il décrit une enfance et une adolescence marquées par l'éthylisme de son père et par les violences verbales et physiques de sa mère.

Pourtant, il n'a jamais bénéficié d'un suivi éducatif et n'a jamais été placé, en famille d'accueil ou en foyer. Selon ses propos, ses frères et sœurs n'ont pas d'antécédents particuliers, d'un point de vue médical, psychiatrique ou judiciaire. Daniel a quitté ses parents à l'âge de 28 ans, et s'est marié avec une première épouse prénommée Carole d'un an sa cadette, qui était couturière. De cette union sont nés 3 enfants. En parallèle d'une activité professionnelle d'agent commercial, Daniel s'est investi en tant que pompier volontaire, et cette activité l'a conduit à nourrir une passion pour le secourisme, à passer un monitorat national de secourisme, puis à former des jeunes dans ce domaine. Après que sa première épouse l'a quitté, il s'est marié avec « une élève » prénommée Agathe, de 20 ans sa cadette, rencontrée dans le cadre de l'activité de secourisme. De cette union sont nés deux enfants. Les conjoints se sont séparés il y a un an « suite à mon problème de bras ». En effet, selon ses propos, « elle n'a pas supporté que je n'étais plus le sauveur et le costaud, et que je devienne un minable assis devant sa télévision ». Avant l'accident de la voie publique, Daniel présentait comme antécédent médical une appendicectomie et comme antécédent psychiatrique un syndrome dépressif sans idée ni tentative de suicide au décours de sa première séparation, ce qui avait conduit à une hospitalisation d'une dizaine de jours puis un suivi ambulatoire pendant environ six mois avec un traitement psychotrope. Concernant les circonstances de l'accident, Daniel a été percuté « par derrière » par une jeune conductrice, alors qu'il se rendait à son travail « en vélo » à 6 heures du matin. Il indique avoir « failli passer sous la voiture, eu très mal au bras, et eu peur d'être victime d'une atteinte de la vessie ». Les blessures et lésions résultant des faits étaient représentées par une fracture fermée de la tête radiale gauche associée à une atteinte de la branche sensitive antérieure du nerf radial. Aucune symptomatologie psychiatrique, notamment post-traumatique, n'avait été constatée par l'expert désigné, ce que confirme Daniel. La date de consolidation avait été fixée deux ans après l'accident, et les différents postes de préjudice avaient été évalués. Ces deux dernières années, Daniel a bénéficié de deux hospitalisations en clinique psychiatrique puis d'une brève hospitalisation sous contrainte en hôpital psychiatrique, dans un contexte de syndrome anxiodépressif assorti d'idées suicidaires. Lors de l'examen psychiatrique d'expertise, Daniel indique souffrir de son bras gauche, et il porte une écharpe en permanence depuis deux ans, alors que l'examen clinique du bras est normal. Il présente une tendance à l'isolement, une restriction alimentaire, des cauchemars, une esthésie persécutoire, des plaintes concernant son bras gauche, un sentiment d'abandon de la part du corps médical, un sentiment d'absence de reconnaissance sociale depuis l'interruption de son activité de pompier, et plus encore depuis le départ de sa deuxième épouse.

Actuellement, Daniel attribue ses troubles anxiodépressifs assortis d'idées suicidaires, qui ont notamment conduit aux hospitalisations à la clinique et au centre hospitalier psychiatrique, à l'accident d'il y a dix ans. En difficulté pour accepter sa situation de retraité, mais aussi le fait que sa deuxième épouse l'ait quitté, il attribue à cet accident les difficultés qu'il rencontre actuellement.

L'état anxiodépressif assorti d'idées suicidaires fluctuantes, qui ont notamment conduit aux hospitalisations psychiatriques, est la conséquence de l'histoire naturelle de la maladie anxieuse et dépressive de Daniel, ce d'autant qu'il présente une distorsion du jugement sous-tendue par le fait d'attribuer à cet accident de façon erronée la responsabilité de ses difficultés, notamment conjugales. Il faut souligner à cet égard qu'il avait présenté une première décompensation dépressive au départ de sa première épouse. En outre, l'état psychiatrique constaté ainsi que les troubles fonctionnels de son bras gauche, ne constituent pas un déficit fonctionnel supérieur à celui qui avait été fixé lors des précédents rapports d'expertises. Daniel ne présente donc pas d'aggravation de l'état médical et psychiatrique depuis la date de consolidation du fixée deux ans après l'accident.

Concernant Daniel, même s'il ne présentait pas de trouble de la personnalité objectivé avant l'accident, il faut toutefois souligner qu'il a fait l'objet de carences affectives durant l'enfance et l'adolescence, ce qui constitue un facteur favorisant de décompensation anxiodépressive à l'âge adulte, notamment en cas d'événement traumatogène. Même si ces éléments ne constituent pas un état antérieur psychiatrique, ils pèsent forcément sur les capacités de Daniel à se montrer résilient quand il est confronté à des situations fragilisantes, qu'il s'agisse d'un accident, d'une rupture conjugale, d'une mise à la retraite ou d'une baisse des capacités physiques. L'impotence fonctionnelle du bras gauche apparue au décours du départ de sa deuxième épouse n'est pas simulée par Daniel. Elle ne dissimule pas les troubles anxieux et dépressifs, mais elle s'intègre dans l'épisode anxiodépressif constaté, et n'est pas consécutif dans un lien de cause à effet absolu, direct et exclusif avec l'accident. Elle est aussi en lien avec la façon dont la deuxième épouse de Daniel a réagi à sa personnalité, tout d'abord dans un lien de protection d'un aîné qui avait été admiré, puis dans une réaction de rejet à l'égard d'un homme devenu irritable et trop fragile.

## CONCLUSION

En conclusion, même si les sémiologies psychiatrique et somatique sont comparables par la démarche clinique d'objectivation des signes recueillis, elles com-

portent des différences notables, notamment du fait que le psychisme n'est pas un organe et la pensée n'est pas au sens strict une fonction physiologique. L'évaluation psychiatrique est uniquement clinique, et ne peut être confirmée ou infirmée par un examen biologique ou d'imagerie. En outre, des troubles psychiatriques peuvent se modifier considérablement en fonction de l'environnement personnel, voire médical et assuranciel. Dans ce contexte, l'évaluation de l'état psychiatrique doit prendre en compte des paramètres psychiques en lien avec la dimension relationnelle de la vie du patient, qui peut renforcer ou atténuer la symptomatologie, avec l'idée que même en l'absence d'état antérieur objectivé, des éléments de l'enfance et l'adolescence peuvent favoriser l'éclosion de troubles psychopathologiques à l'occasion d'un événement de vie traumatogène.

Comme le démontrent les vignettes cliniques de Marc, Fabrice et Daniel, une expression somatique peut masquer ou s'intégrer dans une pathologie psychiatrique, selon des modalités différentes. Dans le trouble factice, le patient simule une maladie de façon intentionnelle, même si son besoin de simuler trouve sa source dans des troubles de la personnalité voire dans une pathologie psychiatrique. Le cas de Marc est à cet égard instructif, car au vu de la gravité de ses troubles de la personnalité, il n'est pas exclu que son

allégation de cécité procède en partie de la simulation et en partie du délire. Dans le cas de Fabrice, les troubles d'apparence somatique sont l'expression de sa névrose hystérique, et leurs manifestations sont fortement dépendantes de la séduction qu'ils opèrent sur son environnement. Quant à Daniel, la réactivation de sa symptomatologie du bras s'intègre dans des troubles anxieux et dépressifs, qui trouvent leurs sources dans des événements extérieurs qu'il ne contrôle pas, dont la récente séparation conjugale et son vieillissement, mais aussi dans une vulnérabilité antérieure issue des carences affectives de l'enfance et l'adolescence, qui était auparavant masquée par son investissement de secouriste.

Au delà de la question de l'expertise psychiatrique, cet article vise à souligner que les deux étapes de la naissance de la psychiatrie qu'ont été la constitution de l'asile et le soin des névroses sur le mode ambulatoire, ont assuré aux psychiatres les éléments d'une identité professionnelle hétérogène. Toutefois, du fait que cette construction est survenue dans la période 1800-1950 où l'objectivation des organes et fonctions physiologiques est devenue le mode de pensée dominant en médecine, la psychiatrie constitue un champ conceptuel toujours exotique par rapport à celui de la médecine, marqué par des contours plus flous que le modèle biomédical qui se constituait alors. ■



# LES TROUBLES DE L'ORALITÉ (TO) DU NOURRISSON OU TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA)

## ORALITY DISORDERS IN INFANTS OR DISORDERS OF EATING BEHAVIOUR

Par **Alain LACHAUX\***

### MOTS-CLÉS

Troubles de l'oralité (TO), Trouble des conduites alimentaires (TCA), Nourrisson.

### KEYWORDS

*Orality disorders, Disorder of eating behaviour, Infant.*

Chez le nourrisson l'alimentation a une triple fonction, elle satisfait un besoin physiologique (faim), est source de plaisir et interagit avec la notion de besoins affectifs en particulier dans le cadre de la relation mère-enfant. Prendre en compte ces fonctions est donc indispensable à la compréhension

du développement de l'oralité et donc du comportement alimentaire du nourrisson.

Toutefois, ces données sont aussi dépendantes de nombreux autres paramètres qui vont interagir entre eux. Parmi ceux-ci, une hospitalisation prolongée et/ou une pathologie sous-jacente et en particulier des anomalies anatomiques ou neurologiques devront toujours être recherchées. Quand un de ces nombreux facteurs est affecté, un trouble de l'oral (TO) peut apparaître.

### I. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES ET DÉFINITIONS

Le terme troubles des conduites alimentaires (TCA) a été utilisé initialement pour les troubles de l'adolescent et de l'adulte mais peut aussi être utilisé chez le nourrisson (TCA du nourrisson). Toutefois, chez le jeune enfant, on utilise plus volontiers le terme de trouble de l'oralité (TO) ou encore difficultés de nourrissage.

Les TCA les plus fréquents du grand enfant et de l'adulte sont, l'anorexie par diminution des apports et/ou vomissements avec comme conséquences un amaigrissement ou une mauvaise prise de poids, et la boulimie qui est surtout observées chez les jeunes filles. Chez les nourrissons, les TO ont une présentation particulière.

\* Professeur de Pédiatrie, Expert près la Cour d'Appel de Lyon  
Chef du service de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition  
pédiatrique  
Hôpital Femme Mère Enfant du CHU de Lyon, France  
alain.lachaux@chu-lyon.fr

## II. LES TO CHEZ LE NOURRISSON

Les TO se traduisent habituellement par une impossibilité, une difficulté ou un refus à téter le sein ou le biberon puis une impossibilité, une difficulté ou un refus à manger à la cuillère ou des morceaux. Des nausées et des vomissements sont souvent associés. Pour ces enfants, il y a une inadaptation à tolérer un aliment dans la bouche parfois uniquement en raison de sa consistance ou de sa texture (liquide, mixé, morceaux). L'alimentation, ou même la simple vue d'un aliment, peut-être est perçue comme une agression et source de nausées et de vomissements... La conséquence de ces troubles et une diminution des apports caloriques par refus de prise alimentaire et/ou de vomissements avec comme conséquence une mauvaise prise de poids.

## III. DÉVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ET FENÊTRES TEMPORELLES

Le développement de l'oralité commence in-utero avec la sensibilisation du fœtus à certaines saveurs et odeurs transmises par le liquide amniotique.

Chez le nouveau-né, deux éléments doivent être pris en compte. Il existe de façon innée une capacité de succion et de déglutition qui correspond à un réflexe archaïque qui en quelques semaines va faire place à un mode de fonctionnement de plus en plus conscient. Il faut savoir que la langue et la bouche sont dans les premières semaines de vie très sensibles et réactogènes. La succion répétée permet une diminution de cette hyper-sensibilité (désensibilisation), par contre s'il n'y a pas de stimulation de la succion, on note l'accentuation de cette hyper-sensibilité (mécanisme de défense) avec apparition de refus alimentaires qui seront aggravés par le « forcing » avec apparition de nausées et de vomissements. Cette notion est maintenant bien connue des services de néonatalogie où sont mises en place des « tétées d'oralité » afin d'entretenir ce réflexe et de développer la tolérance aux contacts alimentaires multiples. La confusion entre sein et tétine est le deuxième élément qui doit être reconnu. En effet, les techniques de succion du sein et de la tétine d'un biberon sont différentes. Il faut noter en particulier que la prise du biberon est relativement « passive » alors que la prise du sein nécessite une prise « en bouche » de l'ensemble du mamelon, associée à la mise en place d'un réflexe de succion-déglutition complexe. La mise en place de biberons de compléments en plus de l'allaitement maternel est donc délétère pour le nourrisson qui peut avoir des difficultés de succion-déglutition et en particulier rejeter le sein pour préférer le biberon sources de tétés plus « pas-

sives ». Une telle substitution est aussi responsable d'un défaut de stimulation mammaire et donc une diminution de la sécrétion lactée, d'une perte de confiance de la mère et aussi une perte des effets bénéfiques du lait maternel (flore intestinale, prévention d'allergies, de l'obésité...).

De la naissance à l'âge de 5 mois, le lait maternel ou le lait artificiel représente l'essentiel des apports alimentaires du nourrisson puis entre l'âge de 4 et 12 mois apparaît une période dite de néophilie qui correspond à une fenêtre de diversification. En effet, durant cette période, les enfants acceptent plus facilement les nouveaux aliments. Il faut toutefois parfois plusieurs tentatives pour aboutir à l'acceptation. On peut aussi noter que si de nombreux aliments sont proposés, les nouveaux aliments seront ultérieurement plus faciles à introduire. Cette période conditionne l'acceptation à long terme des aliments mais aussi l'acceptation des saveurs différentes : salé, sucré, amer. La période comprise entre l'âge de 6 à 12 mois est favorable à l'acquisition envers les différentes textures : lisse, grumeleux, petits morceaux... La langue apprend à mouvoir les aliments dans la bouche pour préparer la déglutition et les premières dents font leur apparition. Un défaut d'apprentissage à cette période conduit à des difficultés au niveau des textures.

Entre 12 et 24 mois, on note une période dite néophobie durant laquelle les aliments inconnus sont souvent rejetés mais certains peuvent aussi être acceptés. Les préférences alimentaires sont alors établies, au niveau des combinaisons de textures et de saveurs, et l'enfant a aussi appris à classer les aliments : inconnus, bons, mauvais...

Après l'âge de 2 à 3 ans, on parle de période dite d'imitation. L'enfant sort de la période de néophobie et imite son entourage. Il s'agit d'une période favorable puisque l'enfant va mimer le comportement alimentaire des parents et des autres enfants (crèche). Il s'ouvre au processus lié à la communication et aux stimulations.

## IV. PATHOLOGIE ORGANIQUE OU CAUSE PSYCHOLOGIQUE

**La première question à se poser devant un TO est de savoir s'il existe une pathologie organique pouvant expliquer ces troubles.**

Il peut s'agir d'une pathologie organique évidente observée dès la naissance : anomalie morphologique (syndrome de Pierre Robin) ou cause neurologique (paralysie des nerfs crâniens). Toutes les pathologies de la sphère oropharyngée doivent être recherchées, en particulier les traumatismes pharyngés par reflux

ou vomissements multiples, par pose de sonde nasogastrique ou dans le cadre d'une trachéotomie... Sont aussi concernées toutes les maladies digestives chroniques affectant l'œsophage (atrésie, sténose...) ou les maladies de l'intestin (grêle court, dysmotricité...). La mise en place précoce des techniques de supports nutritionnels sans prise en charge adaptée (tétées d'oralité...) est à l'origine de l'apparition de troubles primaires de la succion-déglutition très sévères en relation avec l'absence de désensibilisation de la langue et de l'absence de stimulation de la déglutition. Ainsi, la mise en place d'une nutrition artificielle, soit par voie entérale (c'est-à-dire utilisant le tube digestif), soit par voie parentérale (c'est-à-dire utilisant le système veineux) doit obligatoirement être associée à la mise en place de tétées d'oralité pour éviter l'apparition de TO.

La question d'une pathologie organique identifiable sous-jacente à des troubles de l'oralité sera donc une question qu'il convient toujours de poser et un préalable à toute prise en charge. Dans un tel contexte, avant l'âge de 12 mois, la connaissance et la discussion du rôle éventuel des différentes pathologies liées à la diversification est indispensable. Il faut ainsi savoir diagnostiquer une allergie alimentaire (IgE ou non IgE dépendante), une intolérance alimentaire (déficit en lactase, ou en saccharase isomaltase) ou encore une pathologie liée à l'introduction du gluten.

### **Si aucune anomalie organique n'est retrouvée, des TO d'origine psychogène seront évoqués.**

L'analyse des antécédents familiaux, de la personnalité des parents, du lien mère-enfant et du comportement de l'enfant doit permettre d'identifier des troubles psychiques bien définis comme les psychoses infantiles ou l'anorexie psychogène du nourrisson qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Toutefois, la place particulière des interactions parents/enfants doit être soulignée et analysée. En effet, les TO du nourrisson sont générateurs d'angoisse et parfois de comportements inadaptés pouvant être révélateurs de difficultés relationnelles (troubles de l'attachement) ou plus simplement le reflet d'une méconnaissance des parents de la physiologie du nourrisson associée une prise en charge familiale déficiente (réassurance parentale).

Ainsi en présence de TO du nourrisson, la problématique entre les causes et les conséquences devra toujours être présente compte tenu du fait que comportement alimentaire du nourrisson dépend pour une part importante de l'interaction du nourrisson avec son entourage (relation mère-enfant) et donc de facteurs psychologiques.

### **Dans un tel contexte, le syndrome de Munchausen par procuration pose un problème particulier.**

Ce syndrome correspond à des sévices cachés produits par les parents (essentiellement la mère). Ces sévices affectent souvent des jeunes nourrissons et induisent des troubles variés (vomissements, convulsions, malaises...). Pour lesquels il n'est pas retrouvé de pathologie organique. Le corps médical est dans « l'expectative » ou peu faire fausse route interprétant à tort ces symptômes comme le signe d'une maladie le plus souvent banale (reflux gastro-œsophagien par exemple). De multiples examens et hospitalisations peuvent être alors réalisés sans qu'un diagnostic précis soit fait.

Ce syndrome reflète la complexité des interactions qui peuvent être mise en place entre un nourrisson et son entourage (relation mère-enfant) mais aussi du poids de la présence de troubles psychiques connus ou sous-jacents chez les parents qui vont décompenser à l'occasion d'une naissance. L'utilisation du corps médical qui est instrumentalisé et manipulé est une des caractéristiques importantes à prendre en compte lors du processus de prise en charge de l'enfant.

Cette pathologie, illustre la place que peut avoir un nourrisson ou un enfant, dans le jeu diabolique et/ou pervers parfois mis en place par les parents avec le corps médical. L'échec du médecin ne rebute pas les parents (la mère) qui redemande des examens avec le risque de créer des TO ou du comportement induits par les hospitalisations et les bilans répétés. Le plus souvent, il s'agira d'un diagnostic par défaut. En effet, en l'absence des parents, l'enfant ne présente plus de manifestation et les manifestations pathologiques ne sont observées qu'en leur présence ou qu'après leur passage (sévices directs ou injections de substances à l'enfant).

### **Les principes de la prise en charge**

La prise en charge des troubles de l'oralité du nourrisson peut se faire de façon simple en répondant à 4 questions principales : L'enfant ou les parents ont-ils des antécédents particuliers ? Y a-t-il un retentissement sur la croissance ? Quelle est l'ambiance des repas ? La famille est-elle stressée ou perturbée par les troubles ?

Pour les jeunes nourrissons les consultations d'oralité multidisciplinaires impliquant pédiatre, pédopsychiatre, neuro-pédiatre, orthophoniste, psychologue permettent de poser les indications d'examens complémentaires (radiologique, ORL...) et les avis spécialisés (ORL...). Pour s'aider dans la prise en charge de l'oralité, il faut interagir avec les associations de parents et mettre en place un suivi médico-psychologique. Le réseau des orthophonistes, ainsi que les prises en charge hospitalières spécialisées de type at-

lier du goût, groupe d'enfants (Miam-Miam...) sont aussi utiles.

Lorsque l'enfant est assez grand, on encouragera l'auto-alimentation. L'alimentation sera retirée si l'enfant ne mange pas et stoppée si l'enfant se met en colère. On souligne l'importance des repas fixes, des durées maximales données aux repas (30 minutes), et l'absence de prise de nourriture entre les repas autre que de l'eau. L'environnement est important avec une atmosphère neutre, l'absence de jeux à table, pas de nourriture sous forme de récompense, pas de for-  
cing...

L'avis d'un pédopsychiatre permettra de rechercher des situations psychiatriques interagissant de façon évidente avec les troubles de l'oralité. Il permettra également de répondre à l'angoisse des parents, angoisse générée par ces troubles, mais aussi d'aider à apprécier le retentissement familial (épuisement).

## V. CONCLUSIONS

Chez le nourrisson le développement de l'oralité est la résultante de l'interaction de paramètres multiples

(anatomiques, neurologiques et psychologiques). Toute perturbation dans le processus développemental affectant un de ces paramètres peut se traduire par un TO qui se manifestera par une difficulté à téter le sein ou le biberon, des nausées ou des vomissements. L'alimentation, ou même la simple vue d'un aliment peut alors être perçue comme une agression. Devant ces troubles digestifs se pose la question de savoir s'il s'agit de troubles comportementaux primitifs ou induits par une pathologie sous-jacente. Cette donnée explique la difficulté de l'évaluation et de la prise en charge de ces troubles. ■

## VI. RÉFÉRENCES

- Abadie V. L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Arch Pediatr* 2004;11:603-5.
- Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, *et al.* Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. *Arch Pediatr* 2006;13:464-72.
- Udall JN. Infant feeding: initiation, problems, approaches. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007;37:374-99.



# LA JURIDICTION ADMINISTRATIVE FRANÇAISE ET LA MÉDIATION<sup>1</sup>

## FRENCH ADMINISTRATIVE JURISDICTION AND MEDIATION

Par Jean-Marc Le GARS\*

### MOTS-CLÉS

Dommage corporel, Juridiction administrative, France, Médiation.

### KEYWORDS

*Physical injury, Administrative jurisdiction, France, Mediation.*

**A**vant tout, il me faut évacuer une question de vocabulaire. En matière administrative, il n'y avait pas, jusqu'à la loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, de définition spécifique de la conciliation et de la médiation. Les deux termes étaient utilisés indifféremment pour désigner la même réalité.

Ensuite, je me dois de bien faire observer que la médiation en matière administrative ne se limite pas,

loin s'en faut, à la médiation organisée par ou avec le juge administratif.

Il ne faut pas perdre de vue que les différends qui en font la substance mettent en cause une personne publique, généralement dotée de prérogatives de puissance publique, dont les compétences et le fonctionnement obéissent à des règles contraignantes de droit public.

La médiation en matière administrative, qui met en jeu des rapports de droit public, s'exerce donc dans un cadre très différent de la médiation en matière civile ou commerciale.

En matière de contentieux administratif, le préalable au procès est la règle. Le recours administratif préalable est une première occasion pour les parties de se rapprocher.

Il arrive même, bien souvent, qu'une médiation institutionnelle soit prévue à ce stade. Ainsi, par exemple, en matière médicale, les commissions de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales (art. L. 1114-4 s., L. 1142-1 s. du code de la santé publique).

Elle peut aussi être prévue conventionnellement. Ainsi, par exemple, des clauses dans les marchés publics prévoient le recours aux comités consultatifs de règlement amiable en matière de marchés publics institués par décret du 25 février 1991.

Beaucoup d'administrations, confrontées aux problèmes posés par les conflits inhérents à leur action – que ces conflits soient déclarés ou seulement potentiels –, se sont également dotées de médiateurs ou de conciliateurs ad hoc. Ainsi notamment des services fiscaux, du ministère de l'éducation nationale, des hôpitaux. Bien qu'appartenant généralement à l'admi-

1. Cet article reprend, pour l'essentiel, une communication faite le 1<sup>er</sup> juillet 2016 lors du colloque organisé à Lyon par l'Institut de Médecine légale. Elle a été adaptée pour tenir compte de l'adoption depuis lors de la loi sur la modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle.

\* Conseiller d'Etat honoraire – Avocat au Barreau de Nice, France.

nistration en cause, ils disposent le plus souvent d'une autorité et d'une indépendance suffisante pour tenter de résoudre les différends suivant des procédés qui s'apparentent à la médiation ou à la conciliation.

Enfin, certaines institutions à compétence élargie, ont pour mission de faciliter le règlement amiable des conflits entre les administrations et leurs usagers. Ainsi, notamment, du défenseur des droits.

On le voit, beaucoup de dispositifs destinés à rapprocher les citoyens et les administrations ont été créés et continuent de prospérer en dehors de la juridiction administrative.

Mais cette dernière a également un rôle à jouer en la matière.

Elle a, il est vrai, tardé à s'en saisir pleinement. La loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle est l'occasion pour elle de s'affirmer davantage car le législateur l'a placée au cœur d'un dispositif nouveau de médiation visant à régler un plus grand nombre de conflits en matière administrative par cette voie.

## I. UN DÉMARRAGE POUSSIF

La conciliation a sans doute toujours été pratiquée de manière informelle, quoique de façon exceptionnelle, dans les tribunaux administratifs en fonction des circonstances, de la disponibilité et du tempérament des magistrats.

La loi du 6 janvier 1986 lui a donné un cadre législatif. La formule de la loi de 1986, reprise en dernier lieu sous l'article L. 211-4 du code de justice administrative, était d'une brièveté remarquable : « les tribunaux administratifs exercent également une mission de conciliation ».

Le législateur n'avait pas renvoyé à un décret le soin de définir les modalités d'application et le Conseil d'Etat avait, en son temps, considéré que cette disposition se suffisait à elle-même, de sorte qu'elle était entrée en vigueur et était applicable même en l'absence de décret (CE, Ass., 23 juin 1989, p. 146).

Pour autant, la rédaction très générale du texte a laissé place à de nombreuses interrogations, ce qui n'a guère été propice au développement de la conciliation par le juge administratif.

Certes, en 1993, le Conseil d'Etat s'est intéressé à la conciliation, sur un plan théorique, à l'occasion d'un rapport de la Section du rapport et des études, intitulé « Régler les conflits autrement ».

Cela n'a pas suffi pour lui donner vie.

Peu après, la loi du 8 février 1995, relative à l'organisation des juridictions, a consacré un chapitre à la médiation en matière civile, faisant l'impasse sur la médiation en matière administrative.

Les juridictions judiciaires, qui possédaient déjà une culture de la médiation, s'en sont emparées et en ont

profité pour donner un nouvel élan à ce procédé de règlement amiable des conflits.

Devant le succès rencontré par le nouveau dispositif devant les juridictions judiciaires, la juridiction administrative s'est intéressée de plus près à la question. Ainsi, le vice-président du Conseil d'Etat a-t-il décidé, en 1999, de créer un groupe de travail pour rechercher les conditions dans lesquelles la conciliation pourrait prospérer devant les juridictions administratives.

Le groupe de travail, présidé par Daniel Labetoulle, a rempli sa mission.

Après avoir questionné les chefs de juridiction, auditionné nombre de magistrats judiciaires, d'avocats, d'assureurs, de fonctionnaires et rencontré des élus et des administrateurs territoriaux, il est parvenu à quelques conclusions, sur lesquelles je ne m'étendrai pas, favorables au développement de cette procédure tout en l'encadrant et en ayant conscience de ses limites.

On retiendra ici que le groupe de travail a estimé qu'il n'était pas nécessaire, à ce stade, de proposer l'édiction de dispositions réglementaires d'application de l'article unique du code des TA et CAA consacré à la conciliation.

Certes, le groupe de travail était conscient de ce que l'absence de telles dispositions pouvait créer une sorte de vide. Mais, pour le combler, il lui a paru préférable d'élaborer une sorte de mémento, un vade-mecum, s'efforçant de répondre aux principales questions que pouvait ou devait se poser le juge administratif confronté à la conciliation.

Ce guide, nécessairement imparfait et partiel, devait permettre de favoriser une sorte de démarche expérimentale. L'analyse des tentatives devait, par la suite, permettre d'en dégager des enseignements et, pourquoi pas, de préciser une doctrine.

Ce n'était donc pas un travail achevé, mais une sorte de document d'étape.

Le vade-mecum a été remis aux chefs de juridiction lors de leur réunion annuelle, le 3 mars 2000.

Mais le sujet est très vite passé de mode !

Il est retombé dans l'oubli et le vade-mecum avec lui. La conciliation par les juridictions administratives est redevenue confidentielle, abandonnée à quelques rares francs-tireurs et à la merci de demandes occasionnelles.

L'idée de développer des procédures de conciliation/médiation dans les litiges relevant du droit administratif n'a toutefois pas été complètement perdue de vue.

Trois textes ont été adoptés coup sur coup pour en élargir l'accès.

- S'opposant résolument à l'article 240 du code de procédure civile, le décret du 22 février 2010, codifié à l'article R. 621-1 du code de justice administrative, est venu affirmer que la mission confiée à l'expert peut viser à concilier les parties, confirmant une jurisprudence du Conseil d'Etat du 11 février

2005, laquelle revenait sur la solution contraire affirmée dans un arrêt du 12 octobre 1979.

- Avec la loi du 13 décembre 2011, reprise à l'article L. 211-4 du code de justice administrative, le législateur a étendu la possibilité de concilier aux cours administratives d'appel. Validant une pratique qui était en cours au tribunal administratif de Nice depuis quelques années, sans support législatif ou réglementaire, le législateur a aussi décidé à cette occasion que les chefs des juridictions administratives pourraient désigner un conciliateur extérieur à la juridiction.
- Enfin, seule mesure ayant survécu à un projet plus ambitieux de transposition de la directive européenne 2008/52/CE du 28 mai 2008, l'ordonnance du 16 novembre 2011, a introduit, avec les articles L. 771-3 et suivants du code de justice administrative, la médiation, dans les conditions prévues par la loi du 8 février 1995, pour les seuls litiges transfrontaliers, non régaliens.

Sans grand effet !

Le Conseil d'Etat, conscient du problème et soucieux de donner un nouvel élan à la conciliation/médiation, a, en collaboration avec le GEMME et le Barreau de Paris, organisé un colloque le 17 juin 2015 à la maison de l'avocat à Paris.

L'objet du colloque était « de dresser un bilan des avantages et inconvénients d'une éventuelle extension du recours à la médiation et à la conciliation devant la juridiction administrative, à la lumière des pratiques du juge judiciaire et des expériences déjà réalisées par les tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, ainsi qu'au regard du droit comparé ».

L'ambition était d'aboutir « à des propositions concrètes portant sur, d'une part, un corps de normes susceptibles de compléter le code de justice administrative, et, d'autre part, l'élaboration d'un corpus des bonnes pratiques ».

Dans le cadre de la préparation du colloque, un questionnaire très détaillé a été adressé à tous les chefs de juridictions.

Les réponses qui couvraient la totalité des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs sans exception, portaient tant sur les pratiques existantes et les expériences menées que sur les pistes d'amélioration et de renforcement des dispositifs en vigueur.

Les éléments recueillis ont permis de faire le constat suivant :

- La pratique de la conciliation au sein des juridictions administratives restait marginale.
- Les expériences menées étaient concentrées sur un petit nombre de juridictions.
- Les expériences menées étaient concentrées sur un petit nombre de matières : relations contractuelles (exécution de marchés, avenant, délégation de service public...) pour les deux tiers, puis domaine public, et fonction publique. A titre ponctuel, des

conciliations avaient porté sur des permis de construire et des documents d'urbanisme, la responsabilité administrative, les liquidations d'astreinte, la fiscalité locale...

Mais pour autant,

— L'intérêt pour les modes de règlement alternatif des litiges, dans les juridictions administratives, étaient largement présent et renouvelé. Les deux tiers des juridictions interrogées étaient favorables au développement de la médiation.

Elles y voyaient un mode souple, adapté et rapide de résolution des litiges permettant de rétablir le dialogue entre les parties dont les relations devaient durer dans le temps, de procéder à des échanges de points de vue sur des aspects concrets des dossiers ou encore de débloquer une solution en cours d'exécution de contrat et d'aboutir à des solutions mieux admises par les parties.

Les juridictions y voyaient un moyen, en amont du contentieux, de compléter les dispositifs tels que le recours administratif obligatoire et de désengorger les prétoires.

Les juridictions y voyaient aussi une réponse adaptée à la prise en compte de nouvelles demandes « sociales », comme l'occasion de contribuer au rayonnement de la juridiction, de se donner une nouvelle image.

— Une plus large majorité encore des juridictions interrogées estimaient que le juge administratif avait un rôle à jouer dans la prévention des contentieux, en particulier ceux générés par les grosses opérations de travaux publics.

Cet intérêt reposait sur une série d'expériences réussies, qui avaient permis d'éviter un nombre potentiellement important de litiges devant le Tribunal.

Ces constats ont conduit à s'interroger sur les raisons d'une pratique encore faible, en outre localisée et ciblée, en dépit de l'intérêt répandu porté à ces dispositifs.

Parmi les obstacles cités, des explications factuelles ont pu être identifiées, qui se doubleraient d'inquiétudes de différentes natures, tant du côté des magistrats que de celui des parties, ou encore des experts.

Selon les juridictions interrogées, les procédures de règlement alternatif des litiges, très intéressantes, ne sont acceptables que si elles sont parfaitement comprises et librement suivies par les justiciables, si elles utilisent des méthodes, autres que celle d'une juridiction, de traitement des litiges mais reposant sur des impératifs d'impartialité et de confidentialité, et *in fine*, si elles font l'objet d'un cadre, certes souple, mais mieux assimilé et promu par les juridictions elles-mêmes et n'excluent pas le droit au recours.

Il va de soi que, si les réponses au questionnaire étaient riches d'enseignement, toutes les appréhensions dont elles se faisaient l'écho n'étaient pas fondées. Certaines témoignaient même d'une réelle méconnaissance de la pratique de la conciliation.

Plusieurs intervenants au colloque, témoignant de leurs expériences passées, ont complété ce panorama. Ils ont d'abord apporté une confirmation de ce qu'avait pressenti le groupe de travail présidé par M. Labetoulle en 1999 :

- Il existe une demande potentielle et il faut peu de choses pour qu'elle ne se concrétise ; un exemple réussi, un peu de publicité...
- L'offre convient parfaitement aux dossiers lourds, à forts enjeux. Pour être élargie aux « petits contentieux », il faut trouver le moyen d'assurer la rémunération du conciliateur/médiateur.
- Le champ des litiges susceptibles de faire l'objet d'une conciliation/médiation est étendu. Il dépasse, et de beaucoup, le contentieux de la responsabilité même si ce contentieux reste son terrain de prédilection.
- Enfin, il n'y a pas de conciliation possible sans l'adhésion des parties et des magistrats.

Ils ont ensuite souligné que l'adhésion des parties est subordonnée à trois conditions au moins :

- Une bonne information sur cette procédure,
- Une bonne perception des avantages qu'elles peuvent en attendre, et ils sont nombreux,
- La confiance que peuvent leur inspirer les expériences passées.

La spécificité de la conciliation/médiation en matière administrative a également été rappelée. Elle est souvent vécue comme une course d'obstacles en raison notamment de :

- La difficulté de mettre certains acteurs autour d'une table, les administrations d'Etat tout particulièrement, les élus et les avocats parfois réticents, ou encore les assureurs.
- Le rôle des organismes de contrôle, préfet chargé du contrôle de légalité comptable public, contrôleur financier. Sans oublier le rôle de l'assemblée délibérante, s'agissant des collectivités territoriales et des établissements publics, qui peuvent refuser à l'exécutif l'autorisation de signer l'accord obtenu à l'issue de la négociation.
- Le risque contentieux auquel reste suspendu l'accord obtenu. C'est le juge administratif lui-même qui pourra être conduit à refuser l'homologation de la transaction ou encore, saisi par un tiers, à annuler la décision de conclure l'accord ou la délibération autorisant sa signature par l'exécutif.

Il est donc clair que la médiation/conciliation organisée par le juge administratif est soumise à de nombreux aléas. La multiplicité des intervenants, l'existence d'un cadre juridique et administratif contraignant et les possibilités de recours offertes aux tiers sont autant de difficultés et de facteurs de fragilité dont il faut tenir compte.

Le manque de préparation, de disponibilité et de moyens des magistrats administratifs est aussi un frein à son développement.

Grande est pourtant l'attente !

C'est pourquoi, sur la base des informations recueillies auprès des chefs de juridiction, plusieurs pistes d'amélioration ont été tracées.

Il ne saurait être question ici de les reprendre dans le détail tellement elles sont fournies. Grossièrement résumées, elles peuvent être énoncées comme suit :

1. Mieux informer, former et communiquer à destination des parties, des magistrats, des médiateurs et des barreaux, des institutions et des administrations.
2. Faire émerger un vivier de médiateurs formés à la médiation en matière administrative et qui adhèrent à une charte éthique.
3. Adapter l'organisation interne des juridictions et de la juridiction administrative dans son ensemble pour permettre un suivi satisfaisant et régulier de ces dossiers.
4. Mettre en place un cadre commun et souple, comportant les éléments essentiels à prévoir lors de la mise en œuvre de ces procédures : il s'agirait d'un guide pratique ou d'un vade-mecum de la médiation, à l'instar de ce qui avait été proposé par la commission Labetoulle.
5. Envisager des modifications textuelles prévoyant la suspension du délai de recours contentieux pendant la phase de médiation, la suspension des délais de prescription et l'ouverture du droit au bénéfice de l'aide juridictionnelle pour les médiations, cette dernière mesure étant particulièrement nécessaire si l'on veut ouvrir ce mode de règlement aux conflits « sociaux ».

Sans oublier, bien entendu, tout en veillant à préserver la souplesse nécessaire du dispositif, de prévoir quelques mesures réglementaires supplémentaires, de manière à sécuriser les magistrats qui voudraient s'engager dans cette voie, de même que les parties. Le guide pratique ne saurait, dans tous les cas, suppléer l'insuffisance des textes, notamment à destination des parties.

Ainsi dotés d'un cadre procédural plus précis, mieux préparés, les magistrats administratifs pourraient mieux s'investir dans cette fonction et faire émerger un réservoir de médiateurs extérieurs aux juridictions.

L'engagement du Conseil d'Etat pour la réussite du colloque du 17 juin dernier, et les orientations dégagées par son vice-président, Jean-Marc Sauvé, à cette occasion étaient autant de promesses pour l'avenir.

## II. LA LOI DE MODERNISATION DE LA JUSTICE DU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE. UN NOUVEL ÉLAN ?

Un avenir qui n'a pas tardé à se dessiner.

Rendu public quelques jours après le colloque, le projet de loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle



comprenait un article 4 consacré au développement de la médiation par les juridictions administratives françaises.

Le texte définitivement adopté par l'Assemblée Nationale le 12 octobre 2016, sous l'article 5 de la loi, est très éloigné du projet initial. Il est aussi plus ambitieux. Inspiré de la directive 2008/52/CE du 28 mai 2008, il crée de toutes pièces un chapitre entièrement nouveau consacré à la médiation en matière administrative. Ce chapitre est logé sous le titre I<sup>er</sup> du Livre II du code de justice administrative, consacré aux attributions des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel.

Mais avant d'innover, il prend soin de faire table rase du passé en abrogeant l'article L. 211-4 du code de justice administrative qui, depuis trente ans, était le socle de la conciliation, ainsi que le chapitre I<sup>er</sup> ter du titre VII du livre VII du même code, de création récente, consacré à la médiation dans les litiges transfrontaliers.

Ne subsiste du dispositif antérieur que l'article R. 621-1 du CJA, au prix d'ailleurs d'un toilettage opéré par l'article 23 du décret n° 2016-1480 du 2 novembre 2016, destiné à le rendre compatible avec la directive européenne. La disposition selon laquelle « la mission de l'expert peut viser à concilier les parties » fait place à la suivante « L'expert peut se voir confier une mission de médiation. Il peut également prendre l'initiative, avec les parties, d'une telle médiation ». Exit donc l'expert-conciliateur au profit de l'expert-médiateur ! La controverse autour du rôle ambivalent dévolu à l'expert par l'article R. 621-1 du CJA a encore de beaux jours devant elle.

Aux lieu et place des dispositions abrogées, la loi nouvelle institue un régime unique de médiation comprenant deux volets, l'un consacré à la médiation à l'initiative des parties, l'autre à l'initiative du juge.

Mais le législateur, instruit par les échecs passés, fait d'abord l'effort de donner un contenu à la notion de médiation. Elle « s'entend de tout processus structuré, quelle qu'en soit la dénomination, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord en vue de la résolution amiable de leurs différends, avec l'aide d'un tiers, le médiateur, choisi par elles ou désigné, avec leur accord, par la juridiction » (art. L. 213-1 nouveau du CJA).

Ce faisant, le législateur fait oeuvre de clarification. Les discussions de terminologie entre conciliation et médiation, selon qu'elles ont lieu à l'initiative du juge ou des parties, selon que la négociation est menée par un juge ou par un tiers, ou encore, selon le rôle supposé tenu par ce dernier dans la négociation, appartiennent désormais au passé.

S'en suivent une série de dispositions destinées à fixer dans le marbre les principes essentiels qui gouvernent le processus de médiation :

- L'obligation pour le médiateur d'accomplir sa mission avec impartialité, compétence et diligence ;

- L'obligation de confidentialité qui s'impose aux participants à la médiation. Les constatations du médiateur et les déclarations recueillies au cours de la médiation ne peuvent pas être divulguées aux tiers ni produites dans le cadre d'une instance juridictionnelle ou arbitrale sans l'accord des parties, sauf exceptions prévues par la loi ;
- L'impossibilité pour l'accord auxquelles parviennent les parties de porter atteinte à des droits dont elles n'ont pas la libre disposition ;
- La possibilité de saisir la juridiction aux fins d'homologuer et donner force exécutoire à l'accord issu de la médiation.

**La médiation à l'initiative des parties** est organisée sagement.

Les parties peuvent si elles le souhaitent, en dehors de toute instance juridictionnelle, décider :

- Soit d'organiser elles-mêmes une mission de médiation. Dans cette hypothèse, elles peuvent soit choisir elles-mêmes le médiateur, soit demander au président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel de le désigner ;
- Soit de demander au président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel d'organiser la médiation et de désigner le médiateur, celui-ci pouvant être extérieur à la juridiction. Dans ce cas, il revient au président de juridiction de déterminer s'il y a lieu de prévoir la rémunération du médiateur et d'en fixer le montant.

Le chef de juridiction peut déléguer sa compétence à un magistrat de la juridiction.

La médiation visant à réduire les contentieux, les décisions du président ou de son délégué sont insusceptibles de recours.

Enfin, les délais de recours sont interrompus et les prescriptions sont suspendues pendant la médiation.

**La médiation à l'initiative du juge** offre autant de souplesse.

En cas de litige devant le tribunal administratif, devant la cour administrative d'appel ou encore devant le Conseil d'Etat, saisi en premier et dernier ressort, le président de la formation de jugement peut, après avoir recueilli l'accord des parties, ordonner une médiation pour tenter de parvenir à un accord entre celles-ci.

Si la médiation est confiée à une personne extérieure à la juridiction, le juge détermine s'il y a lieu de prévoir la rémunération du médiateur et d'en fixer le montant. Les parties déterminent librement sa répartition.

A défaut, ou encore lorsque l'une des parties bénéficie de l'aide juridictionnelle, les frais sont répartis par parts égales, sauf si le juge estime qu'une telle répartition est inéquitable au regard de la situation économique des parties.

La rémunération peut donner lieu à consignation d'une provision, la désignation du médiateur deve-

nant caduque faute de versement de la consignation dans le délai et selon les modalités fixés.

Les décisions prises par le juge sont insusceptibles de recours.

La loi nouvelle prévoit, à titre transitoire, qu'à compter de sa publication, les missions de conciliation confiées à un tiers en application de l'article L. 211-4 du code de justice administrative antérieurement en vigueur, se poursuivent, avec l'accord des parties, selon le régime nouveau de la médiation administrative.

On observera enfin, qu'à titre expérimental et pour une durée de quatre ans, dérogeant au principe affirmé par la loi nouvelle selon lequel l'organisation d'une médiation est subordonnée à l'accord des parties, les recours contentieux formés par certains agents soumis aux dispositions de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires à l'encontre d'actes relatifs à leur situation personnelle et les requêtes relatives aux prestations, allocations ou droits attribués au titre de l'aide ou de l'action sociale, du logement ou en faveur des travailleurs privés d'emploi peuvent faire l'objet d'une médiation préalable obligatoire.

Cette disposition, imposée par l'Assemblée Nationale, a manifestement pour objet de désengorger les tribunaux. Elle s'appuie sur une expérimentation menée avec succès chez les militaires. Il s'agit en réalité d'instaurer, sous une forme offrant plus de garanties que les traditionnels recours gracieux ou hiérarchique, un recours administratif préalable obligatoire. Dans sa grande sagesse, le législateur a prévu que, dans un tel cas, la médiation, qui se présente comme un préalable obligatoire au recours contentieux, serait gratuite pour les parties.

Cette mesure particulière ne remet pas en cause le principe général de libre adhésion à la médiation autour duquel est organisée la réforme.

Il reste désormais à attendre les mesures réglementaires d'application qui, pour que le dispositif soit complet, devront porter notamment sur :

- L'affirmation du principe selon lequel la conciliation peut concerner l'ensemble ou une part seulement du litige.
- La fixation d'un délai réglementaire pour la procédure de conciliation.
- Les règles élémentaires touchant à la personne du conciliateur et aux garanties qu'il doit présenter.
- L'acceptation par le conciliateur de sa mission.

- Le droit pour ce dernier d'entendre des tiers avec l'accord des parties.
- L'obligation pour le conciliateur de rendre compte au juge des difficultés qu'il rencontre dans l'accomplissement de sa mission.
- Les conditions dans lesquelles il est mis fin à la médiation.
- Les conditions de l'homologation d'un accord par le juge.
- Les conditions de rémunération du médiateur... Il est particulièrement nécessaire d'organiser le règlement des litiges qui pourraient naître à ce propos.

Il reste également à connaître les mesures d'organisation interne que ne manquera pas de prendre la juridiction administrative pour assurer le plein succès de la réforme.

Sans oublier les mesures incitatives car il s'agit là d'un vrai défi pour la juridiction administrative qui se doit d'assurer la réussite de la réforme.

Il restera également à sensibiliser tous les partenaires extérieurs aux avantages de cette procédure, avocats, administrations, contrôleurs de légalité, contrôleurs financiers, assureurs, entre autres.

C'est à ce prix que les acteurs seront convaincus que la médiation est une alternative véritable au procès permettant, certes comme lui, de donner une solution définitive et sécurisée au litige mais aussi de le faire sur des bases négociées et acceptées, dans des délais incomparablement plus brefs.

Car je suis convaincu que, bien plus que les aléas de l'exercice, les incertitudes du dispositif antérieur et sa méconnaissance expliquaient, pour une large part, les réticences des acteurs.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de rappeler ici que la loi nouvelle dispose que « les parties peuvent, en dehors de toute procédure juridictionnelle, organiser une mission de médiation et désigner la ou les personnes qui en sont chargées ». Curieusement d'ailleurs, cette disposition est prévue pour figurer dans le code de justice administrative (article L. 213-5).

Le juge administratif va donc, en cette matière, se trouver en concurrence avec l'offre de médiation qui pourra être faite aux parties, en dehors de la juridiction.

Déjà les Barreaux s'organisent. Ainsi du Barreau de Nice qui s'active à la création d'un centre de justice amiable offrant une alternative à la médiation organisée par le juge administratif. Gageons qu'il ne sera pas le seul. ■



# BITUME ET CANCERS : PROBLÈMES MÉDICO-JURIDIQUES

*BITUMEN AND CANCER: MEDICO-LEGAL PROBLEMS*

Par Maître Jean-Jacques RINCK\*

COMMUNICATION

## MOTS-CLÉS

Bitume, Cancers, Juridiction, Risque sanitaire, Dommage corporel.

## KEYWORDS

*Bitumen, Cancer, Jurisdiction, Health risk, Physical injury.*

\* \* \*

Bonjour !

Merci Monsieur le Professeur MALICIER pour la présentation du sujet que vous m'avez proposé d'examiner : « *bitume et cancers : problèmes médico-juridiques* ».

Je pense que l'on pourrait aussi dire **problèmes :**

**scientífico-juridiques**  
**chimico-juridiques**  
**sanito-juridiques**

\* Avocat à Lyon, France.

## I. PROBLÈMES SCIENTIFIQUES ?

D'abord qu'est-ce que le bitume ?

Dans le langage courant on confond « *le bitume* » avec « *le goudron* ».

Or le « *goudron* » est issu de la distillation du charbon alors que le « *bitume* » est issu du raffinage du pétrole ! C'est un **produit noir, très visqueux**, résidu ultime **extrêmement toxique** et polluant qui encombre tous les fonds de cuves des pétroliers et qui devrait être éliminé du circuit industriel !

C'est un mélange extrêmement complexe d'hydrocarbures lourds avec des dérivés soufrés et azotés.

Or, au lieu d'être éliminé, les pétroliers (SHELL, TOTAL) revendent le bitume à des entreprises du BTP (comme VINCI, EUROVIA, BOUYGUES, COLAS, EIFFAGE) qui vont le recycler dans d'immenses centrales d'enrobage pour la fabrication de ce que l'on appelle « *les enrobés routiers* ».

En effet, le bitume est utilisé essentiellement pour la confection des « *enrobés routiers* ».

Or pour « *couler le bitume* » sur les routes, autoroutes, trottoirs, aéroports, etc., il faut obligatoirement l'amollir en y ajoutant des **fluidifiants chimiques** aussi hautement toxiques et cancérogènes.

Au bitume et aux fluidifiants on ajoutera enfin des **granulas**, le tout chauffé à des températures variant entre 110°C et 250°C.

Ce mélange final est répandu sur les routes (souvent l'été en pleine canicule !) par des **ouvriers** issus, pour la plupart, des pays du Maghreb, d'Afrique ou du Portugal... qui travaillent totalement **immergés** dans les fumées et vapeurs du bitume répandu **sans aucune protection** de leur peau, visage ou voies respiratoires !



Il faut savoir que les produits bitumiques comprennent plus de **10 000 composés chimiques** dont certains sont excessivement toxiques comme les **HAP** (hydrocarbures aromatiques polycycliques) dont le terrible « *Benzo-pyrène* » qui est **un traceur historique** du risque cancérigène.

**En France**, ces fluidifiants cancérigènes sont **fabriqués** essentiellement par le groupe ARKEMA dont l'une des plus grosses usines, avec ses immenses cheminées, trône au milieu du parc de la raffinerie de Feyzin... tout de suite à l'entrée de LYON !

Voilà, très rapidement, planté « *le décor chimique* » épouvantable à l'intérieur duquel se jouent, depuis plus de 50 ans, des drames humains, comme celui de l'**amiante**, **puisque vont mourir**, dans l'anonymat le plus complet, des générations d'ouvriers que **ni** les industriels du **BTP**, **ni** les pouvoirs publics ne protégeront jusqu'à ce que la Justice s'en mêle !

D'ailleurs (et les Avocats en particulier le savent tous !) c'est toujours **la mobilité des victimes**, par l'usage des procédures judiciaires, qui est le principal **moteur** pour faire avancer, notamment, le savoir scientifique et « *tenter* » de mettre fin à l'impunité de ce qu'il faut bien appeler, **des crimes industriels**.

## II. PROBLÈMES JURIDIQUES POUR LA RECONNAISSANCE DU CANCER DU BITUME

La meilleure façon de se prémunir d'un risque chimique... est de le supprimer.  
Facile à dire !

### Premier obstacle à la suppression du risque sanitaire

En s'attaquant à des groupes industriels pétroliers ou du BTP, on se heurte automatiquement à des **enjeux énormes** :

Financiers  
Economiques  
Sociaux  
Politiques

A titre d'exemples :

- l'industrie routière en France c'est **3 millions de tonnes de bitume** répandues chaque année sur nos routes et autoroutes et **75 000 ouvriers** directement exposés aux fumées de bitume ;
- la **fabrication du bitume** dans les centrales d'enrobage c'est **57 milliards** de chiffre d'affaires et **570 000 emplois** dans le BTP ;
- en France, en Europe et aux USA, la Société VINCI EUROVIA est le leader du bitume avec **39 000 salariés** en **15 milliards** de chiffre d'affaires.

Vous l'avez compris, envisager la modification de la chaîne industrielle, par la suppression de l'usage du Bitume, n'est ni socialement, ni économiquement pensable car cela entraînerait des licenciements en masse des salariés de la route.

### Deuxième obstacle

Le bitume n'est pas reconnu en France comme **maladie professionnelle**... et ne figure donc pas sur le **tableau** des maladies professionnelles en annexe au Code de la Sécurité Sociale.

✓ **Pourtant** la plupart des **fluidifiants** et **solvants** mélangés au liquide bitumique sont cancérigènes **figurent** en première place dans le tableau des maladies professionnelles de la Sécurité Sociale.

**Ainsi sont mentionnées toutes les affections cancéreuses provoquées par les produits bitumiques utilisés pour l'application des revêtements routiers et notamment :**

- **Tableau N°4** : est répertoriée la Leucémie en lien direct avec l'utilisation du Benzène et du Benzo-Pyrène (HAP)
- **Tableaux 16 bis et 36 bis** : sont répertoriés les cancers de la peau, de la gorge, des poumons et de la vessie pour les expositions cutanées avec tous les fluidifiants des bitumes !

✓ **Pourtant** depuis plus de 30 ans les scientifiques « *tirent la sonnette d'alarme* » sur le lien de causalité existant entre les cancers de la peau, des poumons, de la gorge, etc., avec les fumées du bitume auxquelles sont exposés les salariés de la route !

✓ **Pourtant** le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) (sous l'autorité de l'OMS) a classé en catégorie **2B** les produits bitumeux comme « *cancérogènes possibles* » (catégorie 1 : cancers avérés).

✓ **Pourtant** l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire) a reconnu expressément le risque cancérogène du bitume et des produits fluidifiants le **11 septembre 2013** à l'issue de travaux qui avaient réuni les plus grands scientifiques mondiaux.

**Mêmes conclusions** pour le Ministère du Travail qui avait fait réaliser, en **2013**, une enquête par le SUMER (Organisme de surveillance médicale des expositions aux risques professionnels).

✓ **Pourtant** la plupart des pays de l'Union Européenne, **dont l'Allemagne**, reconnaissent le cancer de la peau et du poumon comme maladie professionnelle par l'utilisation du bitume et de ses fluidifiants.



# PAS ASSEZ VU

## POURQUOI L'AVEZ-VOUS FAIT ? J'ai dénoncé le scandale du bitume

Avocat lyonnais, Me Jean-Jacques Rinck a attaqué la société Vinci-Eurovia devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) de Bourg-en-Bresse (Ain), le 12 avril. Il l'accuse d'avoir commis « une faute inexcusable » vis-à-vis d'un ouvrier décédé d'un cancer du bitume, en 2008..



« Jose Serrano Andrade, l'époux de ma cliente, est mort d'un cancer de la peau et du cerveau dans d'atroces souffrances. Pendant 20 ans, il a inhalé des fumées cancérigènes : il était chargé de l'épandage du bitume pour la construction de routes à l'arrière d'un camion. Maria, sa veuve avec trois enfants, réclame réparation du préjudice moral. Elle veut aussi alerter les autres

ouvriers et les inciter à se protéger. Eurovia ne fournissait à son mari qu'une casquette et des gants, pas de masque. En 2007, la Caisse primaire d'assurance-maladie a reconnu que son cancer était une maladie professionnelle. Un grand dermatologue lyonnais l'a confirmé. Si on s'en réfère aux trois arrêts rendus par la Cour de cassation sur l'amiante, l'employeur a une obligation de sécurité. J'espère que le 10 mai, lors du jugement, le Tass le reconnaîtra pour le bitume. Pour moi, c'est un scandale comparable à celui de l'amiante. Il concerne des milliers de gens. »

*La Vie*  
15.4.2010

INTERVIEW CORINE CHABAUD

De même la **Commission Européenne**, depuis le **11 septembre 2003**, recommande aux pays membres de se référer à la liste européenne des maladies professionnelles.....dont le bitume ! (maladie N°2001-02).

✓ **Enfin, pourtant**, en France il existe toute une « armada » de textes législatifs et réglementaires sur les obligations mises à la charge des entreprises pour la **protection**, la **sécurité**, la **prévention** et l'**information** des salariés exposés aux risques professionnels !

**Toutefois.....**malgré tous ces atouts scientifiques et législatifs, la **société civile dispose de peu de moyens pour s'opposer** à ce que le Philosophe **Hans JONAS** considérait comme « le **déchaînement des forces conjuguées du capitalisme et du progrès technologique** ».

**Tout d'abord** les délits de pollution de l'environnement et de non respect de la réglementation du travail sont le plus souvent punis par de simples contraventions.

**Ensuite** le simple **calcul coût/bénéfice** de la poursuite d'une activité à risque, au regard des peines encourues et des indemnisations à payer, incite les industriels à

continuer à exposer leurs salariés et les consommateurs que nous sommes... plutôt qu'à modifier les activités ou investir des sommes colossales... dans des systèmes de sécurité ou changer l'outillage industriel à grande échelle !

**Enfin** les puissants syndicats de l'industrie du BTP, tel que l'USIRF (Union Syndicale de l'Industrie Routière en France), persistent à nier officiellement et catégoriquement tous risques de l'usage du bitume et de ses fluxants pour les salariés de la route.

**Pire...** ils sont relayés par **certaines scientifiques**, payés à prix d'or par les pétroliers ou groupes industriels du BTP, pour publier des études ou faire des rapports contestant tout lien de causalité entre les cancers et l'exposition au bitume.

Ici, je vous le dis librement à cette tribune.....et sans aucune peur d'être contredit :

« *Si la médecine a des gloires.....elle a aussi des imposteurs !* »

**Tout ceci pour conclure** que ce fut grâce :

– aux 3 arrêts historiques de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation du **28 février 2002**, dans ce qui a été appelé « *le scandale de l'Amiante* » posant le principe fonda-

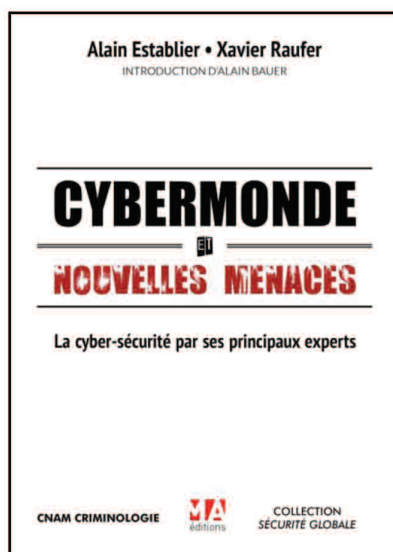
mental d'une obligation de sécurité et de résultat et élargissant la notion de la faute inexcusable de l'employeur (L 552-1) ;

– et au courage de la Chambre Sociale de la Cour d'Appel de LYON, le **13 novembre 2012**, pour que soit jugée pour la première fois en France l'existence d'un lien de causalité entre le cancer de la peau d'un salarié/épandeur de la Société VINCI EUROVIA et son exposition habituelle au bitume et fluxants de bitume.

Il s'agissait d'une action en indemnisation de préjudices moraux et économiques subis par les héritiers de la victime d'une maladie professionnelle sur le fondement de l'article L 452-1 du Code de la Sécurité Sociale pour faute inexcusable « *lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel il exposait son salarié et n'avait pas pris les mesures nécessaires* ».

**Arrêt de la Cour du 13 novembre 2012** qui est aujourd'hui définitif et exécutoire... et publié dans de multiples revues juridiques et scientifiques.

**MERCI.**



**MA Éditions - ESKA**

## **Cybermonde et nouvelles menaces** **La cyber-sécurité par ses principaux experts**

**Alain Establier – Xavier Raufer**

Introduction d'Alain Bauer

Cyber menaces, cybersécurité -Thèmes abordés dans le livre, sous forme de 190 questions exigeantes et réponses informées de 33 des principaux experts français : Concepts - continuum défense-sécurité - coopération public-privé - cyber crime - cyber défense - cyber guerre - cyber terrorisme - défis - échecs - ennemi invisible - espionnage - évolutions - fragmentations - haute technologie - innovations - inquiétudes - interceptions - perspectives - politiques industrielles - "prédictions" - problématiques - progrès - radio communications - recherche & développement - sécurité privée - sécurité des réseaux - société numérique - solutions - villes intelligentes.

**Alain Establier** est le rédacteur en chef de "SECURITY DEFENSE Business Review" (SDBR), lettre d'information bimensuelle en français couvrant les sujets du continuum Défense et Sécurité. Alain Establier est universitaire (Droit + IAE) et l'auteur de maints articles sur le contrôle interne, la sûreté aérienne, la gestion des risques ; d'un ouvrage « Et si nous parlions de la performance dans votre Entreprise ? » Eyrolles 1988 ; enfin, co-auteur de « Sûreté - Mode d'emploi » Ellipses 2011.

Le **Dr. Xavier Raufer** est criminologue - CNAM-Criminologie, Master 2, universités George Mason (Washington DC) et Fu Dan (Shanghai RPC). Il est notamment l'auteur de "Cyber-criminologie", CNRS-Editions, 2015.

Parmi les experts dont les réponses figurent dans ce volume : Vice-amiral **Arnaud Coustillières**, général Cyberdéfense à l'Etat-major des Armées - **Guy Duplaquet**, Chef, mission de préfiguration du réseau radio du futur, Ministère de l'intérieur - **Nicolas Duvinage**, Chef, centre de lutte contre les criminalités numériques (C3N) - Général de Corps d'Armée **Christophe Gomart**, Directeur du Renseignement Militaire - **Hervé Guillou**, Président de DCNS - **Constant Hardy**, Commissaire aux Communications Electroniques de Défense - **Laurent Heslault**, Directeur des Stratégies de Sécurité chez Symantec - **Alain Juillet**, ex-Haut Responsable à l'Intelligence Economique au SGDSN - **Olivier Koczan**, Head of Secure Land Communications, Airbus Defence and Space - **François Lavaste**, DG d'Airbus CyberSecurity - Général de Corps d'Armée **Michel Masson**, ancien Directeur du Renseignement Militaire - **Jean-Michel Orozco**, Directeur Cybersécurité, groupe DCNS - **Guillaume Poupard**, DG de l'ANSSI - **Jean-Marc Souvira**, ancien Chef de l'Office Central pour la Répression de la Grande Délinquance Financière - **Frédéric Valette**, Responsable, pôle sécurité des systèmes d'information de la DGA - **Michel Van Den Berghe**, Président d'Orange Cyberdéfense - **Emmanuelle Villebrun**, Chargée de mission Direction Générale de la Gendarmerie Nationale - Général d'armée **Marc Watin-Augouard**, Directeur du centre de recherche de l'EIGN - **Alain Zabulon**, Préfet, ancien Coordonnateur National du Renseignement (CNR).

CNAM-CRIMINOLOGIE - Collection *Sécurité Globale*

### **BON DE COMMANDE**

☐ Je désire recevoir ..... exemplaire(s) de l'ouvrage : « **Cybermonde et nouvelles menaces** »  
par **Alain Establier et Xavier Raufer** - Code EAN 978-2-8224-0520-1

Prix : 22,00 € + 1,00 € de frais de port, soit ..... € x ..... exemplaire(s) = ..... €

Je souhaite commander : ☐ 100 ex ☐ 200 ex ☐ 300 ex ☐ 400 ex ☐ 500 ex  
remise de 5 % à partir de 100 exemplaires

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 BNPAFRPPPC

☐ Je souhaite recevoir une Convention de formation

**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 :

MA Editions - ESKA – Contact : [adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

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



# APPROCHE MÉDICO-LÉGALE DES PRÉJUDICES SEXUELS

## FORENSIC APPROACH TO SEXUAL HARM

Par Maître Jacques VITAL-DURAND\*

COMMUNICATION

### MOTS-CLÉS

Indemnisation, Juridiction, Médecine légale, Préjudices sexuels, Dommage corporel.

### KEYWORDS

*Compensation, Jurisdiction, Forensic medicine, Sexual harm, Physical injury.*

### I. INTRODUCTION

— Pendant de nombreuses années l'indemnisation du préjudice sexuel n'était que très occasionnelle.

Au tournant de l'année 2000, il n'existait que peu de décisions publiées des Tribunaux et Cours d'Appel.

Encore n'étaient-elles qu'assez imprécises quant à la nature juridique du préjudice sexuel.

La Cour de Cassation, suivant le corps médical, le considérait comme un préjudice fonctionnel devant s'intégrer dans l'Incapacité Permanente.

Il faudra attendre quelques années pour que la Haute juridiction admette qu'il s'agisse d'un préjudice personnel – encore mal défini toutefois puisque retenu au titre d'un préjudice d'agrément.

Quelques jurisprudences retenaient parfois l'indemnisation du préjudice sexuel, tout en l'associant généralement au préjudice d'établissement.

— Sans doute devait-on y voir depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle selon les auteurs, le début d'un âge de répression sexuelle et d'un sujet manifestement resté tabou tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle et même d'une bonne partie du siècle suivant.

Les médecins eux-mêmes s'intéressaient donc assez peu au *damnum sexuelle*.

Au tournant de notre siècle, les problèmes sexuels ne sont désormais plus tabous : la pulsion sexuelle étant même considérée selon Freud comme étant le moteur universel de l'activité humaine.

De fait, il n'existe pas d'état de nature de la sexualité humaine, qui est toujours l'expression de l'histoire et de la culture.

Il était donc nécessaire qu'on le répare.

### II. NATURE JURIDIQUE DU PRÉJUDICE SEXUEL

— Tout d'abord inclus dans l'incapacité permanente, la Cour de Cassation a progressivement affirmé son caractère personnel et en a fait un élément du préjudice d'agrément avant de le distinguer enfin comme un préjudice devant être apprécié et indemnisé de manière autonome.

L'approche limitée à l'incapacité permanente – se situant dans une perspective de préjudice fonctionnel – avait l'inconvénient d'écarter la composante psychique et affective du préjudice sexuel, limité à la

\* Avocat au Barreau de Lyon, France.  
Mention de Spécialisation en Droit du dommage corporel.

fonction sexuelle d'une part et à la fonction de reproduction d'autre part.

L'approche limitée au préjudice d'agrément paraissait également par trop restrictive.

On voit aujourd'hui les limites de ces conceptions qui écartaient les composantes psychiques et affectives liées à la diminution de la libido.

— Au tournant des années 2000, les travaux du Professeur LAMBERT-FAIVRE vont conduire la Commission Dintilhac – chargée en 2005 d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels – à fixer les postes des préjudices réparables, patrimoniaux et extrapatrimoniaux, dont le préjudice sexuel appréhendé dans toute son acception, selon la définition suivante :

« Ce poste concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle. Il convient de distinguer trois types de préjudice de nature sexuelle :  
– le préjudice morphologique qui est lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi ;

– le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir) ;  
– le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical, etc.).

Là encore, ce préjudice doit être apprécié *in concreto* en prenant en considération les paramètres personnels de la victime. »

La jurisprudence contemporaine a repris la définition de la nomenclature Dintilhac faisant du préjudice sexuel un préjudice autonome, qui aura vocation à être réparé intégralement et distinctement des préjudices auxquels il était parfois confondu ou assimilé par les Tribunaux, et pour le distinguer véritablement de l'incapacité physiologique (Déficit Fonctionnel

Permanent) et du préjudice d'agrément, voire du préjudice d'établissement.

*Cassation civile – 2<sup>e</sup> Chambre – 28 juin 2012 – n° 11-16120 – Jurisdata n° 2012-014225*

— Notons que le préjudice sexuel temporaire est indemnisable au titre du poste de préjudice de déficit fonctionnel temporaire qui répare la perte de qualité de vie de la victime et des joies usuelles de la vie courante pendant la maladie traumatique.

*Cassation civile – 2<sup>e</sup> Chambre – 11 décembre 2014 – n° 13-28.774*

Pour la victime par ricochet, son préjudice né du propre handicap de la victime directe est en principe incorporé dans le préjudice moral.

Son indemnisation varie de 8 à 50 000 € selon l'âge et le cas d'espèce.

**EN CONCLUSION**, la réalité médicale et juridique du préjudice sexuel n'est pas facile à prouver, celui-ci n'étant pas facilement observable !

Ce dommage présente notamment des aspects psychologiques et subjectifs désormais pris en compte et qu'il convient pour les médecins d'authentifier.

En effet, plus les médecins arriveront à objectiver le préjudice sexuel, plus il sera reconnu par les Juges.

Ces derniers devront apprécier l'imputation à l'accident des lésions et séquelles retenues en se prononçant sur son caractère direct et certain et son aspect définitif.

Ceci passe par une évaluation strictement médicale – prise en compte dans une approche *in concreto* – destinée à appréhender notamment, l'état antérieur et la biographie de la victime, la cause de son dommage sexuel et les troubles évoqués par elle.

Un examen clinique sera réalisé et l'expert médical sollicitera le cas échéant des explorations complémentaires aux fins de déterminer *in fine* l'imputabilité et la réalité du trouble en envisageant les moyens de suppléance éventuelle se référant notamment au barème de la Société de Médecine Légale. ■



# LE SERVICE DU CONTRÔLE MÉDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

## HEALTH INSURANCE MEDICAL CONTROL DEPARTMENT

Par Gilles MANUEL\*

### MOTS-CLÉS

Assurance maladie, Service médical, Contrôle médical, Médecin conseil, Protection sociale, France.

### KEYWORDS

*Health insurance, Medical service, Medical control, Medical consultant, Social welfare, France.*

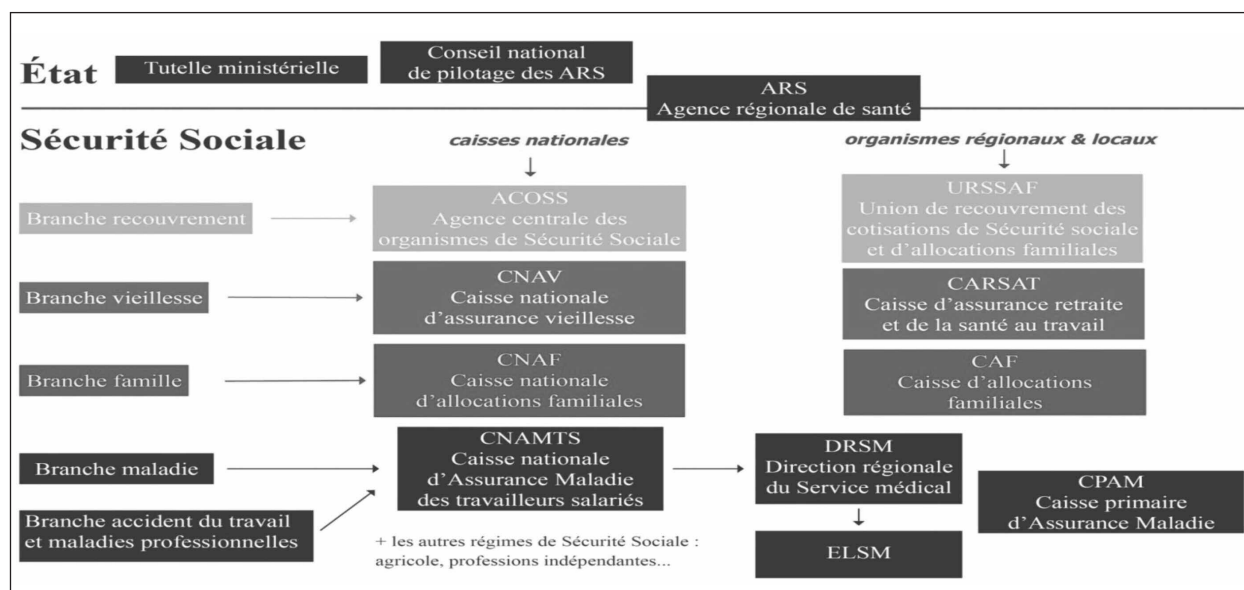
### I. PRÉSENTATION DU SERVICE MÉDICAL

Le service du contrôle médical est dirigé par le Directeur Général et piloté par la Direction Déléguée aux Opérations (DDO) et plus spécifiquement par la Direction du Réseau Médical (DRM).

Les praticiens conseils sont répartis dans toutes les directions de la CNAMTS comme experts techniques.

Le médecin conseil national, adjoint au directeur général, est délégué aux affaires médicales à titre de conseiller médical.

### LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE



\* DRSM Rhône-Alpes, Lyon, France.

## Organisation

Le directeur régional, médecin conseil régional, dirige l'échelon régional et les échelons locaux.

Il est assisté dans sa fonction :

- d'un médecin conseil régional adjoint (MCRA),
- d'un directeur adjoint ayant en charge la gestion administrative,
- de services supports (RH, formation, informatique...),
- de services techniques (contrôle des prestations et relations avec les assurés, relations avec les professionnels de santé...).

**En 2015 en Rhône-Alpes, le service médical compte 174 praticiens conseils** (médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens), 75 cadres et 475 agents administratifs.

## ACTIVITÉS DU SERVICE MÉDICAL

### Le service médical assure une mission de service public

Il s'assure du **bien-fondé médical** des soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie.

#### Ses droits :

- Le secret médical partagé avec les praticiens traitants,
- L'accès aux dossiers médicaux des assurés.

#### Ses valeurs :

- L'équité de traitement envers les assurés et les professionnels de santé au service de la qualité des soins pris en charge.

### Articles L 315-1 et L 315-2 du code de la sécurité sociale

#### Missions :

- Produire des avis individuels sur les demandes de prestations.
- Participer aux actions de régulation au niveau local.
- Participer, conjointement avec les organismes locaux, à la vie conventionnelle avec les professionnels de santé.

#### Organisation :

- Ils sont dirigés par un médecin conseil chef de service assisté dans sa fonction par un cadre administratif et parfois un (des) médecin(s) conseil(s) chef(s).
- Les échelons locaux sont hébergés par les CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie).

Echelon déconcentré de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés, la Direction régionale du Service médical (DRSM) est un acteur majeur de la gestion du risque.

Son activité contribue à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant l'évolution des dépenses, ainsi qu'à favoriser un égal accès aux soins pour tous.

Le service médical, dans le cadre de la politique nationale de gestion du risque, contribue à l'atteinte des objectifs de l'Assurance Maladie, en synergie avec l'ensemble des organismes.

Le Service médical a vocation à garantir à tous l'accès à des soins de qualité et à veiller à la juste attribution des prestations. Il intervient à la fois auprès des professionnels de santé, des établissements de santé et des assurés.

## Le praticien conseil

- Veille au respect des référentiels médicaux et réglementaires applicables aux assurés sociaux et aux professionnels de santé,
- Veille à l'égalité de traitement entre tous les intervenants (assurés sociaux et offreurs de soins),
- Possède une indépendance technique,
- A connaissance de données personnelles confidentielles à caractère médical,
- Son activité s'inscrit dans les orientations de gestion du risque définies dans la COG,
- Est inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

L'activité de production est organisée en trois pôles d'expertise :

### Relation avec les professions de santé :

- L'objectif : favoriser le juste soin, au meilleur prix et accessible à tous. Cette maîtrise médicalisée des dépenses de santé concerne aussi bien les professionnels installés en cabinet de ville que ceux exerçant à l'hôpital.
- Analyser l'activité des professionnels de santé et des établissements et les accompagner dans leur pratique ; mener des actions auprès des professionnels libéraux et hospitaliers, visant à améliorer leur pratique.
- Ces actions se concrétisent par des échanges confraternels, rencontre d'un praticien conseil et d'un praticien traitant autour de référentiels de bonnes pratiques.
- Gestion de la relation clients, conseiller et orienter les assurés dans la prise en charge de leur santé et/ou de leur(s) pathologie(s).
- L'Assurance Maladie développe de nombreuses actions d'information et de prévention personnalisées auprès des assurés sociaux pour les inviter à devenir plus actifs dans la gestion de leur santé. Dans

ce cadre, le Service médical participe notamment au déploiement des services PRADO et Sophia.

#### **Contrôle contentieux et lutte contre la fraude et les pratiques dangereuses :**

- Lutter contre les comportements déviants et sanctionner les pratiques dangereuses. Réaliser des contrôles visant à sanctionner les comportements déviants des professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de santé, et des assurés (abus, faute ou fraude).

#### **Contrôle des prestations et relation avec les assurés (risque maladie et accidents du travail / maladies professionnelles) :**

- S'assurer de la justification médicale des prestations versées par l'Assurance Maladie aux assurés ; apprécier sur le plan médical, après examen de la personne ou sur dossier, le droit d'un assuré à bénéficier d'une prise en charge particulière.

Le contrôle de la justification médicale d'un arrêt de travail. Quel que soit le risque (maladie / AT-MP) le contrôle dès l'arrêt de travail est un fort enjeu pour le Service médical et mobilise les médecins conseils à plus de deux tiers des effectifs.

La prescription d'arrêt de travail est un acte médical dont la finalité est de favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le rôle du médecin conseil est d'évaluer la capacité de travail du patient, pour confirmer ou non l'octroi d'indemnités journalières et

pour prévenir les risques de perte d'emploi et de désinsertion professionnelle et sociale dus à des arrêts de travail de longue durée.

En 2015, le Service médical a ainsi rendu 282 989 avis sur arrêt de travail (soit une progression de 0,76% par rapport à 2014).

L'Assurance Maladie mène des actions de contrôle ciblées pour des motifs administratifs ou médicaux.

Des actions de mise sous accord préalable ou de mise sous objectif pour les médecins fortement prescripteurs.

Des actions de lutte contre la fraude.

Le contrôle des assurés selon différents critères, croisés ou non : durée, pathologie, motif de l'arrêt, répétitivité...

#### **Modalités du contrôle :**

- Un agent de la CPAM se rend au domicile du salarié. En cas d'absence du salarié, une convocation à un examen dans les locaux du service médical est déposée dans la boîte à lettres.
- Un médecin conseil vérifie la justification de l'arrêt soit en fonction des éléments du dossier, soit en convoquant le salarié.

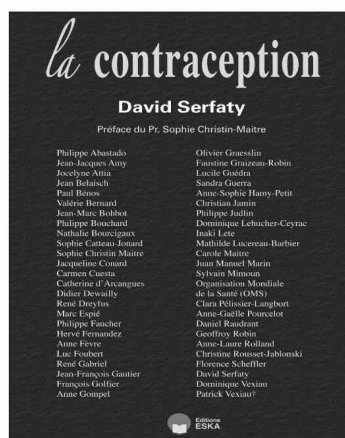
#### **Accompagnement des prescripteurs :**

- Diffusion de fiches repères avec des durées indicatives selon la pathologie, le poste de travail occupé intégrées dans des outils de prescription électronique.
- Des campagnes d'échanges confraternels. ■

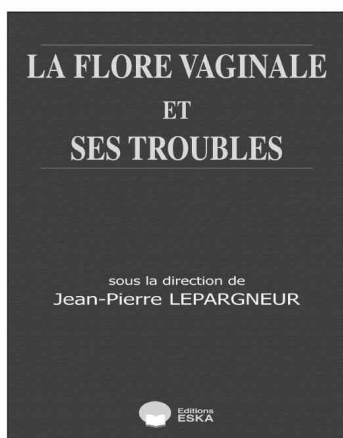
*Tableau : Les voies de recours pour les assurés et les employeurs.*

Nature du litige	Contentieux compétent
LITIGE relatif à l'état de santé de la victime portant par exemple sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'imputabilité des lésions à l'AT</li> <li>• la date de stabilisation, de guérison ou de consolidation</li> <li>• la justification de la poursuite de l'arrêt de travail</li> </ul>	EXPERTISE MÉDICALE
LITIGE portant par exemple sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le taux d'Incapacité Permanente</li> <li>• la nécessité d'une tierce personne</li> <li>• l'incapacité au travail entre 60 et 65 ans</li> </ul>	CONTENTIEUX TECHNIQUE TCI
LITIGE ADMINISTRATIF portant par exemple sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la matérialité en AT</li> <li>• les conditions administratives du tableau des MP</li> <li>• le calcul des IJ, de la rente...</li> </ul>	CONTENTIEUX GÉNÉRAL CRA / TASS

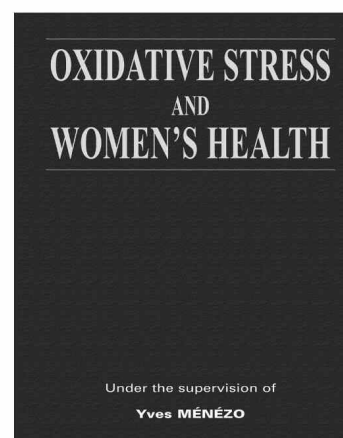
# LES LIVRES RÉCENTS POUR LES SPÉCIALISTES



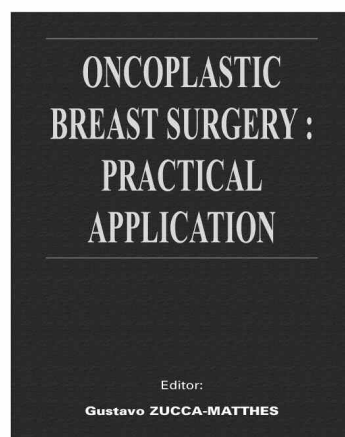
**LA CONTRACEPTION**  
David Serfaty et collaborateurs  
13,5x21 cm - 656 pages  
ISBN 978-2-7472-2310-2  
Prix Public : 55 €



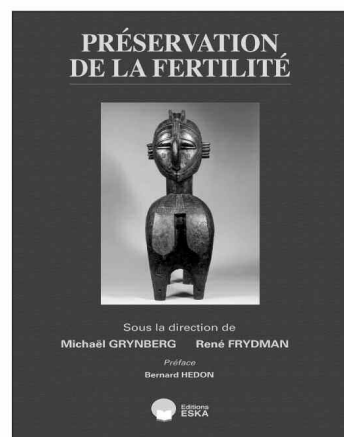
**LA FLORE VAGINALE  
ET SES TROUBLES**  
Jean-Pierre Lepargneur  
et collaborateurs  
16x24 cm - 152 pages  
ISBN 978-2-7472-2415-4  
Prix Public : 50 €



**OXYDATIVE STRESS  
AND WOMEN'S HEALTH**  
Yves Ménézo et collaborateurs  
16x24 cm - 300 pages  
ISBN 978-2-7472-2365-2  
Prix Public : 75 €

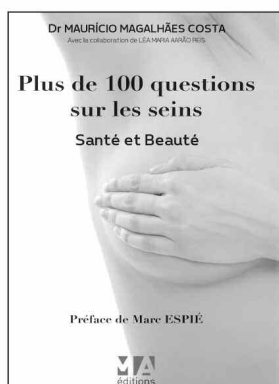


**ONCOPLASTIC BREAST SURGERY:  
PRACTICAL APPLICATION**  
Gustave Zucca-Matthes  
et collaborateurs  
16x24 cm - 224 pages  
ISBN 978-2-7472-2367-6  
Prix Public : 130 €

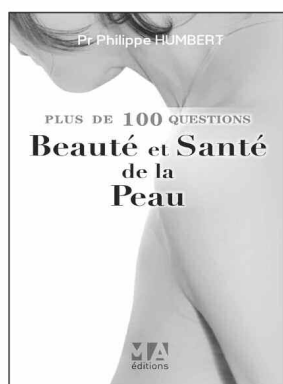


**PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ**  
Michaël Grynberg,  
René Frydman et collaborateurs  
16x24 cm - 480 pages  
ISBN 978-2-7472-2021-7  
Prix Public : 60 €

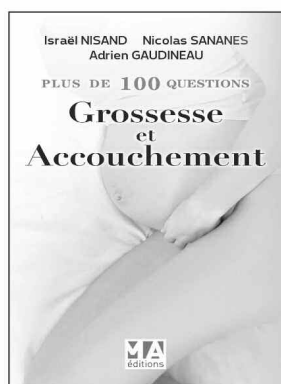
# LES LIVRES RÉCENTS POUR LE GRAND PUBLIC



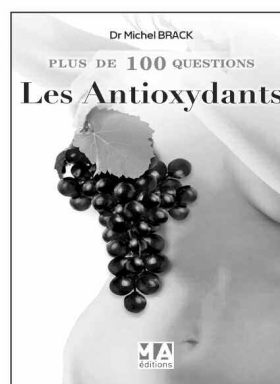
**PLUS DE 100 QUESTIONS  
SUR LES SEINS  
SANTÉ ET BEAUTÉ**  
Dr Mauricio Magalhães  
Costa  
13,5x21 cm - 166 pages  
ISBN 978-2-8224-0385-6  
Prix Public : 14,90 €



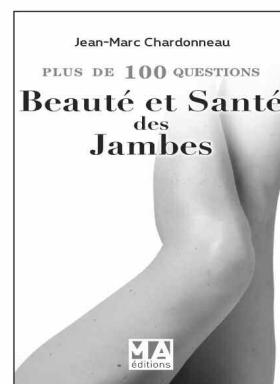
**PLUS DE 100 QUESTIONS  
BEAUTÉ ET SANTÉ  
DE LA PEAU**  
Pr Philippe Humbert  
13,5x21 cm - 186 pages  
ISBN 978-2-8224-0368-9  
Prix Public : 14,90 €



**PLUS DE 100 QUESTIONS  
GROSSESSE  
ET ACCOUCHEMENT**  
Israël Nisand,  
Nicolas Sananes,  
Adrien Gaudineau  
13,5x21 cm - 136 pages  
ISBN 978-2-8224-0373-3  
Prix Public : 14,90 €



**PLUS DE 100 QUESTIONS  
LES ANTIOXYDANTS**  
Dr Michel Brack  
13,5x21 cm - 144 pages  
ISBN 978-2-8224-0484-6  
Prix Public : 14,90 €



**PLUS DE 100 QUESTIONS  
BEAUTÉ ET SANTÉ  
DES JAMBES**  
Jean-Marc Chardonneau  
13,5x21 cm - 146 pages  
ISBN 978-2-8224-0481-5  
Prix Public : 14,90 €



# LA VULNÉRABILITÉ DANS LE PROCESSUS DU DROIT D'ASILE

## VULNERABILITY IN THE PROCESS OF RIGHT TO ASYLUM

Par **Joseph BIOT\***

### MOTS-CLÉS

Droit d'asile, Procédure, Vulnérabilité, Responsabilité.

### KEYWORDS

*Right to asylum, Procedure, Vulnerability, Responsibility.*

**N**ous avons choisi de centrer notre propos sur le thème de la vulnérabilité.

Ce n'est pas un effet de mode, ce n'est pas parce que nous avons essayé de faire entendre notre point de vue auprès des législateurs, mais c'est parce que la vulnérabilité est un élément essentiel et méconnu dans le parcours de procédure ouvrant au droit d'asile.

En fait, dans cette procédure tout repose sur l'entretien du demandeur d'A avec un agent de l'OFPRA. Tout repose sur la parole, c'est « parole contre parole ».

Les nouvelles dispositions légales ont mis l'accent sur la vulnérabilité liée aux problèmes physiques, organiques ou sociaux en négligeant plus ou moins tous les aspects psychologiques.

Revenons quelques instants sur l'entretien à l'OFPRA : c'est un face à face pendant une heure en

moyenne : l'officier de l'OFPRA est un fonctionnaire, jeune le plus souvent, homme-clé doté d'un pouvoir important. C'est un dominant, un peu las de voir défiler des DA. Il se méfie, sceptique par rapport à son interlocuteur dont il a vu le récit.

Le demandeur, forcément dominé a attendu douze à dix huit mois cet instant et pendant tout ce temps-là, il a retourné dans sa tête d'une façon plus ou moins obsessionnelle tous les événements qui l'ont conduit à l'exil. Il se méfie lui aussi, il ne sait pas bien ce qu'il faut dire ou ce qu'il ne faut pas dire, plus ou moins bien conseillé par son entourage. **ET IL Y A AUSSI LES SOUVENIRS INTERDITS POUR POUVOIR SURVIVRE** ou pour ne pas ternir l'image de soi. Voilà dix huit mois qu'il est réduit à l'inactivité, inactivité dévastatrice sur son équilibre psychologique. IL a une heure pour convaincre, une heure qui décide de son avenir, de celui de son épouse et de ses enfants.

L'entretien, sous tension, est une avalanche de questions auxquelles il faut répondre vite vite, vite parfois simplement par oui ou par non, questions auxquelles parfois il est impossible de répondre. L'officier de l'OFPRA veut surtout savoir si le demandeur d'asile vient bien du pays dont il dit être originaire. Le récit des sévices physiques, psychologiques et sexuels l'intéresse bien moins alors que pour le réfugié c'est le sujet essentiel. Il a dans sa tête bâti tout son plaidoyer sur sa souffrance. Il y a donc maldonne. Au cours de l'entretien l'émotion va s'amplifier, et même souvent prendre le dessus. Tous les psychiatres, comportementalistes ou spécialistes des neurosciences, psychanalystes de toutes obédiences savent bien que la mémoire est perturbée par les phénomènes émotionnels : « je perds mes moyens ». Dans le contexte post-traumatique certains épisodes sont privilégiés par rapport à d'autres épisodes parfois plus importants et cependant négligés.

\* Président de l'Association Médecine et Droit d'Asile (MéDA), Lyon, France.

L'émotivité peut aboutir à l'impossibilité de poursuivre l'entretien, des manifestations aiguës ne sont pas rares, violentes, « hystéroides » avec cris, agitation et pleurs. D'autres fois ce sera un blocage avec un mutisme complet ou bien un tableau de dissociation, de perte de repères et d'hallucination. Sans prendre toujours un aspect si dramatique, une étude de la COMÈDE montre que les troubles de concentration, de l'attention et de la mémoire sont présents chez la moitié des demandeurs d'asile. On ne peut pas critiquer l'agent de l'OFPRA de ne pas faire de diagnostic mais on peut le critiquer de poursuivre l'entretien quand il devient impossible et d'en écrire un pseudo-résumé. On a ainsi vu des comptes rendus d'entretien avec des personnes démentes.

Je ne parle pas des attendus de l'argumentation accompagnant le rejet avec le même vocabulaire depuis 20 ans, vocabulaire codé qui tient plus de la critique littéraire que d'une démonstration ; c'est un autre problème.

Le Ministère de l'intérieur a imaginé un mécanisme d'évaluation préalable de la vulnérabilité avec un outil simplifié confié aux agents de l'office de l'immigration et d'intégration « les outils prévus, réducteurs et dépourvus de validation scientifique ne permettent pas d'apprécier le risque suicidaire ni de révéler les psycho-traumatismes complexes. Ces dispositions sont inadéquates et inapplicables. »

C'est à nous, médecins, au moment d'établir un document à l'intention de la cour nationale du droit d'asile qu'incombe la responsabilité de détecter la vulnérabilité. Il nous faut donc du temps pour rétablir les éléments significatifs du récit, sans se perdre dans les détails inutiles, rétablir notamment ceux qui ont été occultés « pour oser survivre ». Il nous faut une heure, peut-être deux dans une relation non pas de dominant/dominé, non pas de pouvoir, mais une relation sans a priori ni naïveté si possible à la recherche de l'essentiel.

Depuis 1988 les médecins bénévoles du centre de Droit éthique de la santé ont établi plus de 10 000

certificats pour des DA ayant déposé un recours devant la CNDA. Ces certificats, les plus méticuleux possible, résument l'essentiel du parcours qui a conduit le consultant à l'exil. On décrira donc les éléments significatifs organiques fonctionnels ou psychologiques. C'est cette mission que les médecins de l'association Médecin et Droit d'asile aidé par du personnel d'accueil bénévole poursuivent actuellement. Notre consultation ne se limite pas à la recherche de stigmates physiques comme les cicatrices cutanées, les séquelles visuelles ou auditives, et les troubles neurologiques et déficitaires. En revanche on prêter une particulière attention :

- soit aux troubles mnésiques après traumatisme crânien décrit ici même il y a un an par le professeur Vighetto ;
- soit et surtout à la symptomatologie évocatrice du syndrome post-traumatique décrite ici il y a deux ans par Patrick Lemoine.

Depuis un an, ce syndrome fait l'objet d'articles dans la grande presse, ... 100 ans après la première description. L'armée française n'a reconnu ce syndrome que depuis la guerre d'Afghanistan alors que les UAS avait montré l'exemple avec les « vétérans » du Viet Nam. Les soldats français fusillés pendant la guerre de 14-18 n'étaient-ils pas pour nombre d'entre eux victimes de ce stress ? J'en rappelle schématiquement quelques éléments : syndrome de répétition entraînant une crise de panique, cauchemars écumés avec état de panique nocturne, conduite d'évitement, hypervigilance, changement de caractère, irritabilité, perte de l'estime (cette phrase qu'on entend quelquefois « je ne sais plus qui je suis ») culpabilisation, sans compter le contexte anxio-dépressif moins ou non spécifique.

\* \* \*

*Le haut commissariat aux réfugiés avait bien vu le problème et publié il y a 20 ans un texte qui n'a pas vieilli dont on aurait pu s'inspirer.* ■

# IMPLANTOLOGIE DENTAIRE : RISQUES ET BÉNÉFICES

## DENTAL IMPLANTOLOGY: RISKS AND BENEFITS

Par **Miguel ASIN\***

### MOTS-CLÉS

Implantologie dentaire, Perte osseuse, Reconstruction osseuse, Chirurgie, Risques, Bénéfices.

### KEYWORDS

*Dental implantology, Bone loss, Bone reconstruction, Surgery, Risks, Benefits.*

### I. INTRODUCTION

Un implant, qu'est-ce ?

Il s'agit d'une fausse racine insérée dans le tissu osseux en lieu et place d'une racine naturelle.

Sur cette fausse racine, une fausse couronne peut être installée pour remplacer l'organe dentaire dans sa globalité.



Schéma illustrant l'analogie entre les racines naturelle (à gauche) et artificielle (à droite).

\* Chirurgien dentiste à Lyon, France.

### II. INDICATIONS FRÉQUENTES

#### II.1. Remplacer une dent manquante



A



B



C

A : Situation initiale. La dent 36 est manquante.  
B : Solution sans implant. Les deux dents adjacentes sont taillées et dévitalisées.  
C : Solution avec implant. Les deux dents adjacentes sont laissées intègres.

**Cas clinique : absence d'une 21**

La patiente a 25 ans, la taille des dents adjacentes n'est pas souhaitée.

Elle pourrait d'ailleurs être appréciée, dans un cadre juridique, comme étant une atteinte à l'intégrité physique du patient et relever du pénal.



1. Situation initiale. La 21 est absente.



2. Pose de l'implant.



3. Pose de la couronne céramique implanto-portée.



4. Calque illustrant la position de l'implant et du pilier.

**II.2. Remplacer toutes les dents manquantes****Solution sans implants : la prothèse adjointe totale**

1. L'appareil est très souvent instable.

**Solution avec 2 attachements sur implant la prothèse adjointe totale stabilisée**

1. Les attachements (boutons pressions) sont fixés sur les implants.

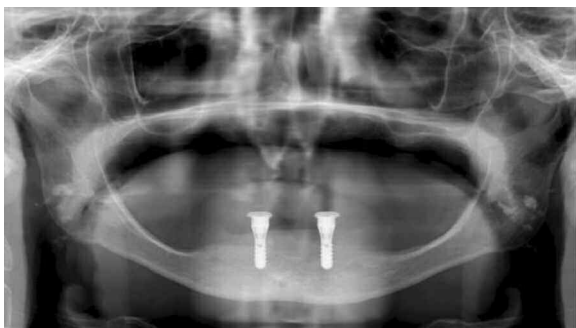


2. Les parties femelles des attachements sont ajustées dans l'intrados de l'appareil.

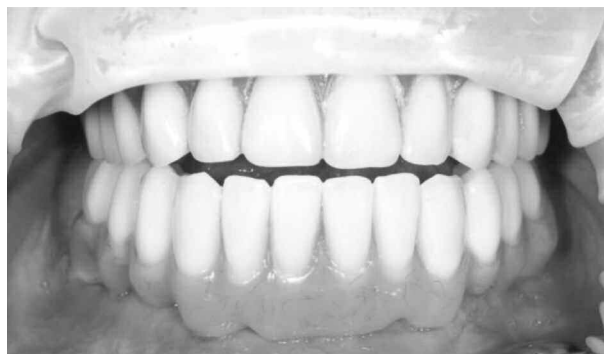


3. L'appareil est clipsé sur les attachements.



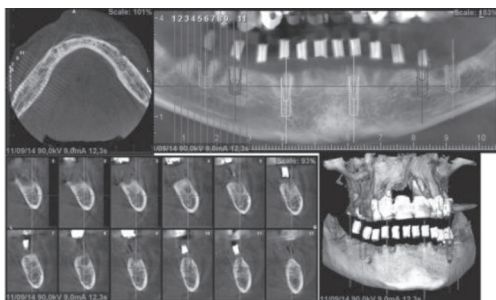


4. Image radiologique avec les 2 implants et les 2 attachements en place.

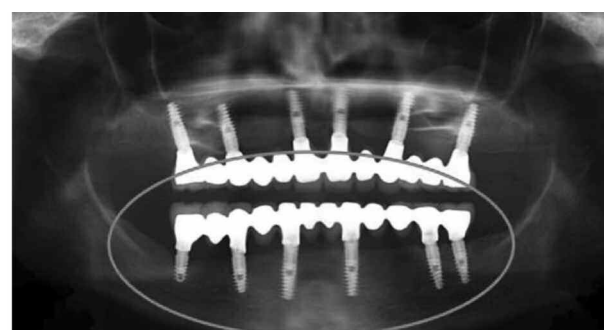


4. Vissage du bridge de 12 dents sur 6 implants.

*Solution avec un bridge fixé sur 6 implants :  
l'appareil mobile est remplacé par des couronnes  
implanto-portées fixées*



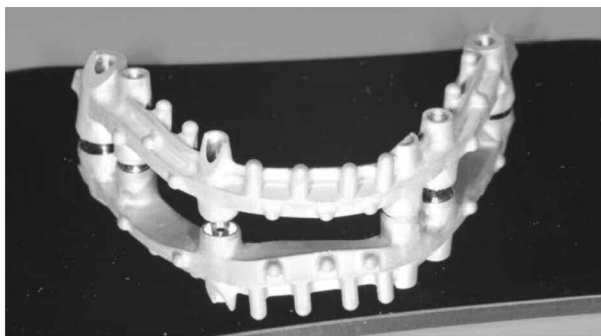
1. Etude radiologique pré-implantaire.



5. Image radiologique avec les 6 implants et le bridge en place.



2. Chirurgie implantaire.

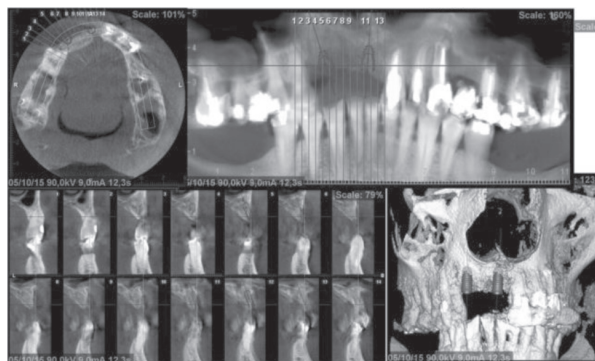


3. Réalisation de l'armature CAD-CAM.

### III. PERTE ET RECONSTRUCTION OSSEUSES

Au moment précis où une ou plusieurs dents disparaissent, s'enclenchent des phénomènes qui aboutissent à la destruction rapide, totale et irréversible de l'os de soutien.

#### *Exemple de reconstruction osseuse en épaisseur*



1. Bilan 3D illustrant la perte osseuse en épaisseur entre 11 et 13.





2. Situation osseuse après résorption horizontale post-extractionnelle.

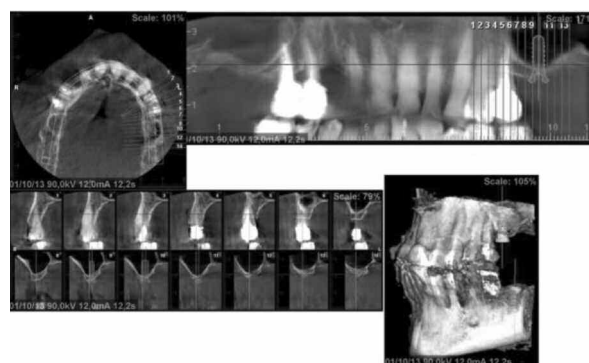


6. Mise en place des implants dans un volume osseux adéquat.

### *Exemple de reconstruction osseuse en hauteur*



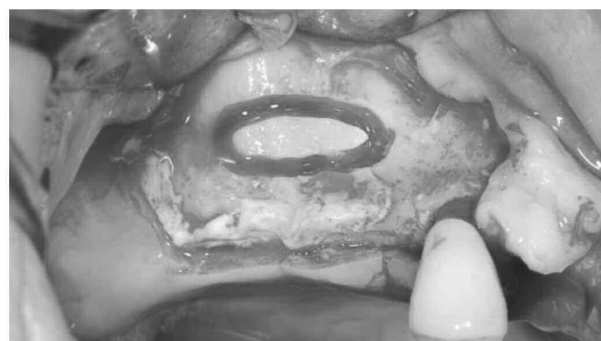
3. Préparation du « coffrage ».



1. Bilan 3D illustrant la perte osseuse en hauteur en 16 et 17.



4. Remplissage du « coffrage ».



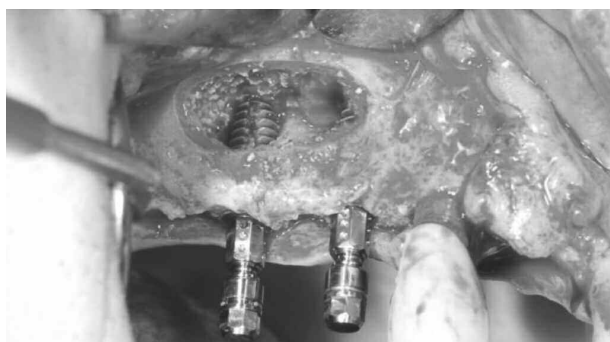
2. Accès par la face antéro-latérale du sinus.



5. Situation après cicatrisation osseuse.



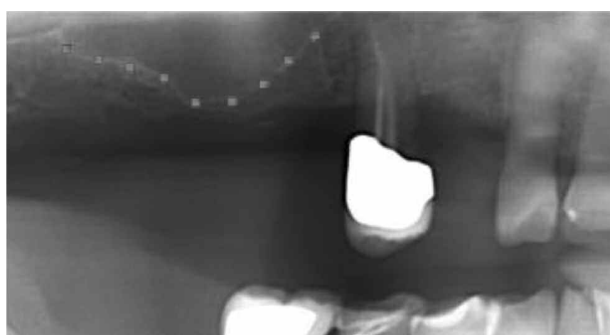
3. Décollement de la membrane sinusienne.



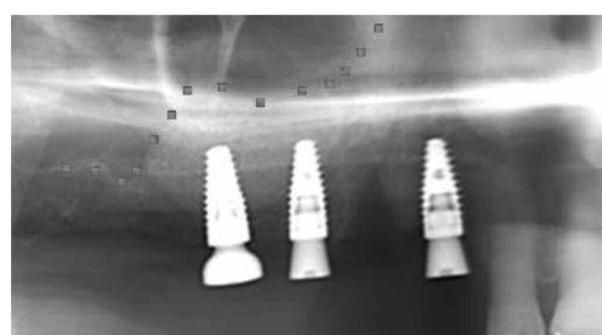
4. Pose des implants.



5. Greffe osseuse type SA3.  
Les implants sont maintenant entourés d'un matériau en voie de minéralisation.



6. Situation radiologique avant la greffe.  
La hauteur osseuse sous-sinusienne est de l'ordre de quelques millimètres.  
La mise en place d'implants est impossible.



7. Situation radiologique après la greffe.  
La hauteur osseuse sous-sinusienne est supérieure à un centimètre.  
Les implants sont placés.

#### IV. RISQUES DE L'IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

##### Risques per-opératoires :

Comme pour toute intervention chirurgicale dans ces secteurs, les risques infectieux, hémorragiques, de lésion nerveuse ou de communication bucco-sinusienne sont à prendre en compte.

##### Risque d'échec secondaire :

« Le choix de la marque de l'implant est un facteur prépondérant au succès du plan de traitement. »

Derks J, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Larsson M, Berglundh T. *J Dent Res*. 2015 Mar;94(3 Suppl):44S-51S

#### V. BÉNÉFICES HABITUELLEMENT CITÉS DE L'IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

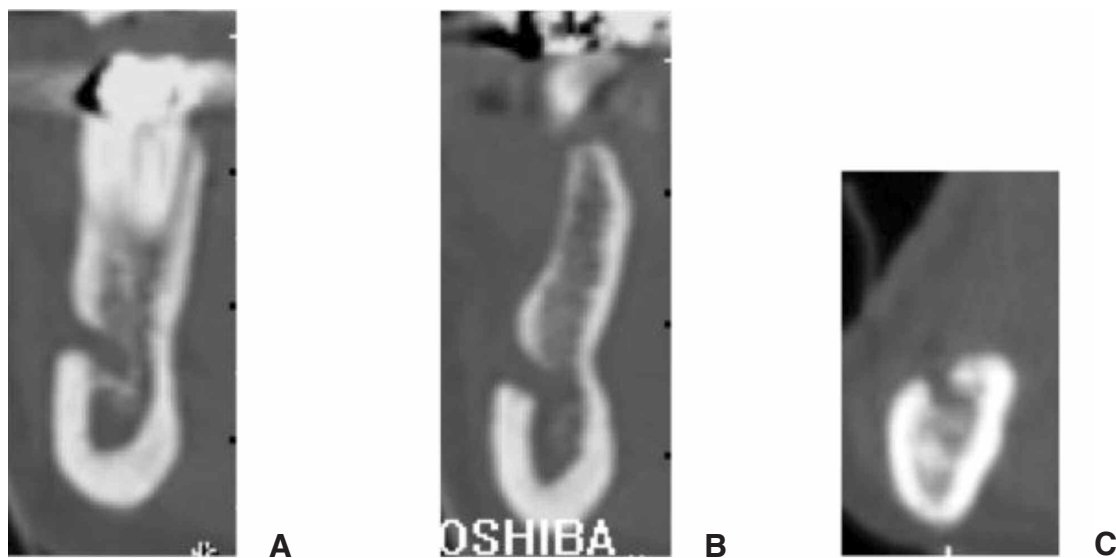
- V.1. Remplacer une dent manquante en respectant les dents adjacentes
- V.2. Stabiliser une prothèse mobile
- V.3. Éviter une prothèse mobile

#### VI. BÉNÉFICE ESSENTIEL DE L'IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

« Après extraction dentaire, le corps de la mandibule perd jusqu'à 60, voir 70 % de son volume initial. »

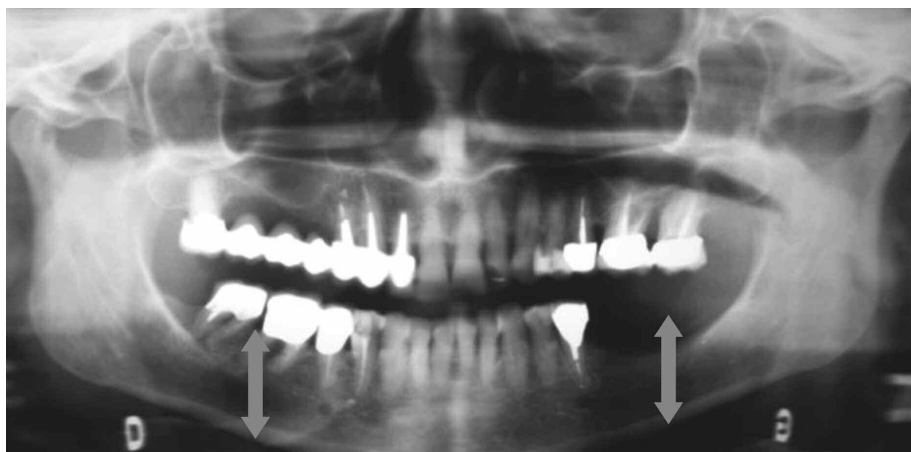
- Tallgreen Talgreen A. The continuing reduction of the residual ridges in complete denture: wearers : a mixed-longitudinal covering 25 years. *J Prost Dent* 1972, 27: 120-132
- Peterson Peterson LJ, Reduction of the compact and cancellous bone substances of the edentulous mandible caused by resorption. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 74:131-6



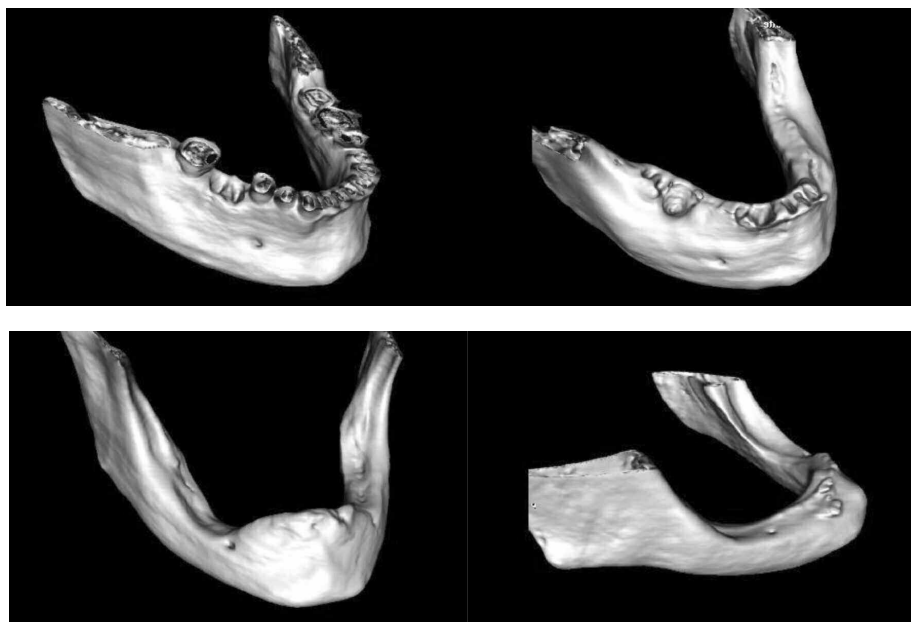


A : Etat initial. La dent est présente.  
 B : La dent a été extraite. La résorption osseuse est d'abord horizontale.  
 C : Puis la résorption osseuse est verticale. On note un effondrement de la crête alvéolaire.

#### *Stades de la résorption osseuse post-extractionnelle*



#### *Reconstitutions 3D illustrant la résorption osseuse post-extractionnelle*



A gauche de la radiographie, les dents sont présentes.  
 La hauteur de l'os alvéolaire est normale.  
 A droite de la radiographie, les dents ont été extraites.  
 L'os alvéolaire s'est résorbé au stade 2, en hauteur.





## Conséquences sur le visage

La perte de hauteur de la partie inférieure du visage est significative.  
Les lèvres, sans soutien, s'effacent.  
Les plis naso-géniens s'accroissent.



Avant extractions  
et résorption osseuse.

Après extractions  
et résorption osseuse.



Avant extractions  
et résorption osseuse.

Après extractions  
et résorption osseuse.

« La résorption osseuse des crêtes édentées peut être prévenue ou retardée par les thérapeutiques implantaires. »

Lingquist LW, Rockler B, Carlsson GE. Bone resorption around fixtures in edentulous patient treated with mandibular fixed tissue-integrated prostheses. *J Prosthet Dent* 1988; 59: 59-63.

« Les prothèses implanto-portées stabilisent l'os alvéolaire après la perte des dents. »

Misch C. The importance of dental implants. *Gen. Dent.* 2001. Jan Feb, 49 (1) : 38-48.

**Le bénéfice essentiel  
de l'implantologie dentaire  
est la stimulation et la stabilisation  
du capital osseux.**

## VII. CONCLUSION

Pour chaque patient, au moment d'une éventuelle extraction, les risques et bénéfices de l'implantologie dentaire sont systématiquement évalués.

Le maintien du capital osseux, à travers sa stimulation par des implants endo-osseux, est un élément essentiel de la prise de décision. ■

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

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

© JANVIER 2018 / ÉDITIONS ESKA – DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

*Imprimé en France*



# Recommandations aux auteurs / Instructions to Authors

## MANUSCRIT

**Tout manuscrit, sollicité ou non**, est soumis anonymement pour avis, au comité de lecture, qui peut refuser l'article ou proposer les modifications qui lui paraissent nécessaires. Les lecteurs, au nombre de deux, sont choisis au sein du comité de publication, mais en cas de nécessité, il peut être fait appel à des lecteurs extérieurs à ce comité. En cas de désaccord entre les deux lecteurs le rédacteur en chef tranchera éventuellement après avoir pris l'avis d'un troisième lecteur.

Le texte sera dactylographié en **3 exemplaires** à double interligne, recto seulement, à raison de 25 lignes par page.

Nous recommandons les limites suivantes en fonction de la catégorie d'article :

– Maximum de 20 pages pour les articles originaux et les revues de la littérature.

– 10 pages maximum pour les notes techniques et 5 pages maximum pour les cas cliniques.

Les pages sont numérotées en haut à droite.

La première page comportera le titre et/ou le sous-titre de l'article, les initiales des prénoms, les noms des auteurs, l'indication et l'adresse complète de l'organisme (laboratoire, hôpital, université, etc.) où a été réalisé le travail, ainsi que l'adresse complète de l'auteur à qui seront envoyés les épreuves à corriger, les tirés à part, et toute correspondance.

Des mots-clés, en français et en anglais, seront suggérés par les auteurs.

Le texte de l'article commencera en page deux. Il est fortement recommandé d'observer le plan classique : introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, conclusion. Les sous-titres de même valeur seront signalés d'une façon identique. Les abréviations internationales connues peuvent être utilisées.

En ce qui concerne les termes peu courants, il faudra signaler leur signification entre parenthèses, la première fois qu'ils apparaîtront dans le texte. Les définitions peuvent être réunies dans un glossaire.

Les noms des auteurs cités dans le texte devront être suivis, entre parenthèses, d'un numéro de renvoi à la bibliographie.

Un bref résumé, ne dépassant pas 10 lignes, devra obligatoirement être joint au manuscrit. Le résumé en anglais sera fourni par l'auteur (avec la traduction du titre de l'article). À défaut, l'auteur devra accepter la traduction effectuée par la rédaction.

Il est indispensable qu'une version informatisée de l'article proposé soit adressée à l'e-mail suivant : **agpaedit@wanadoo.fr**

**Merci de mentionner l'adresse e-mail de l'auteur principal.**

## BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques seront classées par ordre alphabétique, et pour un même auteur, par ordre chronologique. Elles seront numérotées et comporteront :

– **Les références d'articles** dans l'ordre : le nom et les initiales des prénoms des auteurs, le titre exact dans la langue originale, le nom du journal suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus, l'année de parution, le tome, la première et la dernière page de l'article.

Exemple :

1. DEBARGE A., MARQUET L.A. - Lésions histologiques hépatiques chez les toxicomanes décédés, *J. de Méd. Lég.*, 1982, 25, 4, 527-531.

– **Les références de livres** comportent dans l'ordre : les noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, l'identification de l'éditeur (nom et ville), l'année de parution, et éventuellement la ou les pages citées.

Il est fortement recommandé de limiter à 20 le nombre de références.

## ILLUSTRATIONS

L'iconographie doit être limitée au strict nécessaire.

Chaque document devra être identifié par un numéro :

- les tableaux seront numérotés en chiffres romains, les figures en chiffres arabes ; ils feront l'objet d'un renvoi dans le texte ;
- les graphiques et schémas seront fournis soit au format original, soit en réduction photographique. Ils devront être directement reproductibles et fournis sur papier blanc ou sur calque.

Toutes les illustrations doivent comporter une légende détaillée fournie sur une feuille séparée.

## REMERCIEMENTS

Ils ne figurent pas dans le corps même de l'article, mais sont individualisés sur la dernière page de l'article, qui comprend également les indications de subventions éventuellement accordées aux auteurs.

**ADRESSER TOUTE CORRESPONDANCE** à la rédaction de la revue : **Éditions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.**

## 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 AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, France.**