

## **BIENVENUE AUX XXIÈMES JOURNÉES INTERNATIONALES DE MÉDECINE LÉGALE**

Les souvenirs des Journées Méditerranéennes de Médecine Légale de Tunisie (2010) et de Constantine (2006) restent incrustés dans le cœur de chacun qui y a participé. Ceci a été possible grâce à l'hospitalité et la magnifique organisation des professeurs *Majed Zemni* et *Benharkat Abdelaziz*, ainsi que leurs équipes. La tenue des XX<sup>èmes</sup> Journées nous semblait quasiment inatteignable, en raison des difficultés du pays qui avait été désigné par l'Assemblée Générale. Cet objectif a pourtant été atteint, grâce à la gentillesse du *Professeur Christian Hervé* et du *docteur Anne-Marie Duguet* et leur généreuse collaboration. Ils ont rendu possible cette prochaine réunion de la SMML à Paris, l'éternelle ville-lumière.

En tant que Président de la SMML, et au nom du comité organisateur, j'ai le plaisir d'accueillir tous les congressistes aux *XXèmes Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale*, qui auront l'occasion d'échanger des idées, de découvrir des perspectives prometteuses, de retrouver des collègues, et d'enrichir leurs connaissances, et de profiter de cette merveilleuse ville de Paris. Nous vous encourageons vivement à participer à cette formidable rencontre.

Tous les membres du comité organisateur, ainsi que le Président de la SMML, vous souhaitent un très bon congrès et un séjour mémorable à Paris.

### **Luis FRONTELA CARRERAS - Président de la SMML**

Lorsque le président *Luis Frontela Carreras* m'a demandé d'organiser avec Madame Duguet les XXIèmes journées, j'ai aussitôt accepté parce que j'avais gardé des journées de Tozeur le souvenir de la fraternité de l'accueil et du sérieux des travaux.

Nous allons avec *Anne-Marie Duguet* vous recevoir dans des conditions différentes mais qui se veulent semblables sur deux points : l'accueil fraternel et la qualité des conférences et des présentations. Nous avons placé au centre de ces journées l'égalité entre l'homme et la femme avec le regard de nos cultures différentes.

Les pratiques en médecine légale appellent une dimension éthique en plus de la technique, qui est bien maîtrisée par chacun de nous et que ces journées contribueront à enrichir. Nous ferons tout notre possible pour rendre votre séjour agréable avec un accueil dès le samedi et dimanche soirs. Nos travaux se poursuivront avec la visite de l'Institut Médico-Légal de Paris organisée avec son nouveau directeur, *Bertrand Ludes*.

Je vous souhaite d'excellents travaux et remercie le conseil scientifique et le comité d'organisation de leurs efforts pour garantir la qualité de ces journées, qui contribueront à notre perfectionnement dans cette ancienne et belle discipline qu'est la médecine légale avec ses nombreuses composantes dont le droit de la santé et l'éthique médicale.

### **Christian HERVE - Président de la SFEM et vice-président de la SFML.**



**COMITES ET PARTENAIRES DES XXèmes JOURNEES INTERNATIONALES  
DE MEDECINE LEGALE**

*Président : Professeur Christian Hervé*

**COMITE D'ORGANISATION**

*DUGUET Anne-Marie, FRANÇOIS-PURSELL Irène, HERVE Christian, LUDES Bertrand, MAMZER Marie-France, ROUGE Daniel. Secrétaires : TRUDEJ Benoit, PICCOLI Mathieu, BALLOUARD Christian.*

**SECRETARIAT**

*Valérie COURTEAU, Jeanne BESSE assistées de Marie Françoise COURTEAU.*

**COMITE SCIENTIFIQUE**

*BECART Anne, COUDANE Henry , DEBOUT Michel ,DELPLA Pierre André, DUGUET Anne-Marie, FANTON Laurent, FRANCOIS-PURCELL Irène , GOSSET Didier, HEDOUIN Valery, HERVE Christian, JARDE Olivier, LE GUEULT Mariannick, LEONETTI Georges, LUDES Bertrand, MALICIER Daniel MAMZER Marie-France, PAYSANT François, PROUST Bernard, QUATREHOMME Gérald, ROUGE Daniel, SAPANET Michel, TELMON Norbert,*

**COMITE INTERNATIONAL**

*BELHOUSS Ahmed, BENHARKAT Abdelaziz, BONBLED Frédéric, CASTELLANO-ARROYO Maria, FRONTELA CARRERAS Luis, HAMDOUN Moncef, LAIDLI M, MAATOUG Samir, MASMOUDI Tasnim, MERAH Fetiha, NUNO VIERA Duarte, VILLANUEVA Enrique, ZEMNI Majed.*

**PARTENAIRES**

*Société Méditerranéenne de Médecine Légale*

*Société Française de Médecine Légale*

*Société Française et Francophone d'Ethique Médicale*

*Université Paris Descartes et Universités Sorbonne Paris Cité*

*Fondation MACSF*

*IsoFroid*

*Les Etudes Hospitalières*

**CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOCIETE MEDITERRANEENNE  
DE MEDECINE LEGALE**

**Président : Prof. Luis FRONTELA-CARRERAS**

**Vice-Présidents : Prof. Giancarlo UMANI RONCHI**

**Prof. Abdelaziz BENHARKAT**

**Secrétaire Général : Prof. Majed ZEMNI**

**Trésorier : Prof. François PAYSANT**

**Membres : Prof. Maria CASTELLANO ARROYA**

**Prof. Anne Marie DUGUET**

**Prof. Didier GOSSET**

**Prof. Moncef HAMDOUN**

**Prof. Aurelio LUNA MALDONADO**

**Prof. Samir MAATOUG**

**Prof. Fetiha MERAH**

**Prof. Duarte NUNO VIEIRA**

**Prof. Piero RICCI**

**Prof. Nicolaos VASSILIASIS**

**Prof. Enrique VILLANUEVA**

**Prof. Ahmed BELHOUSS**

**Président d'honneur : Prof. Pierre MICHAUX**

**Membres d'honneurs : Prof. Antonio FARNETI**

**Prof. Biagio GUARDABASSO**

**Prof. André MARIN**

**Prof. Amédée OLLIER**

**Prof. Régis POUGET**

# SOMMAIRE

Session N1 – Médecine légale.....	p 8
Session N3 – Médecine légale clinique – Violences intraconjugales.....	p 13
Session N6 – Dons d’organes.....	p 19
Session N9 – Droit de la santé.....	p 23
Atelier N1 - Le DPC des professionnels de santé.....	p 27
Atelier N2 - Isolement en milieu hospitalier .....	p 27
Session Posters - Thanatologie (1) .....	p 32
Session N2 – Thanatologie .....	p 42
Session N4 – Violences sexuelles .....	p 47
Session N10 – Droits fondamentaux .....	p 51
Session N11 – Respect du corps après la mort .....	p 55
Atelier N10 - Expertise .....	p 59
Atelier N4 - Fin de vie.....	p 59
Session Posters - Médecine Légale (1) .....	p 60
Session N5 – Médecine Légale Clinique – Victimologie .....	p 75
Session N8 – Sévices à enfant et médecine légale pédiatrique .....	p 79
Session N21 – Droit médical et responsabilité.....	p 84
Atelier N5 - Déclaration d’Helsinki .....	p 88
Atelier N6 – Viol .....	p 93
Atelier N7 - Noyade .....	p 94
Session Posters - Médecine Légale Clinique .....	p 95
Session N12 – Thanatologie .....	p 107
Session N14 – Médecine Légale Clinique – Expertise .....	p 113
Session N17 – Ethique médicale .....	p 118



Session N20 - Droit des patients .....	p 122
Atelier N8 – DPC Vulnérabilité et victimologie .....	p 126
Atelier N9 - L'expertise psychologique aujourd'hui .....	p 126
Session Posters - Médecine légale (2) .....	p 128
Session N13 – Toxicologie .....	p 139
Session N15 – Médecine Légale clinique – Expertise .....	p 144
Session N18 – Ethique et odontologie .....	p 149
Atelier N15 – Soignants et administration pénitentiaire .....	p 152
Atelier N3 – Ethique et formation médicale .....	p 153
Atelier N11 - Ethique de la recherche .....	p 153
Atelier N12 – Estimation de l'âge osseux .....	p 154
Session Posters - Droit et éthique .....	p 156
Session N16 – Psychiatrie et psychologie légales.....	p 169
Session N19 – Ethique et corps .....	p 175
Atelier N13 – Du génotype au phénotype .....	p 182
Atelier N14 – Thanatologie médico-légale .....	p 182
Atelier N16 – Autopsie des étrangers .....	p 182
Session Posters - Thanatologie (2) .....	p 184

## LIVRE DES RESUMES

### XX<sup>èmes</sup> JOURNÉES INTERNATIONALES MÉDITERRANÉENNES DE MÉDECINE LEGALE Nouvelles pratiques en Médecine Légale : La Personne, l'Éthique et le Corps

24 Février 2014

SESSION N1 - Médecine légale - Présidents : Pr MALICIER (France) - Pr MASMOUDI (Tunisie)

*Titre :* « *Estimation de l'âge au décès par l'étude radiographique du plastron sterno-costal: élaboration d'un score propre à la population tunisienne de sexe masculin.* »

*Auteurs :* N. HAJ SALEM, M.A MESRATI, S. AYED, A. AISSAOUI, A. CHADLY

*Affiliation :* Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie)

*Email :* [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

#### *Introduction :*

Deux méthodes principales dans la littérature internationale pour l'estimation de l'âge du décès par l'étude de radiographies du plastron sterno-costal : McCormick et Barrès et elles ont été testées sur un échantillon de la population tunisienne concluant à la non applicabilité de ces deux méthodes sur notre population. Ces méthodes nécessitent une modification, en les rendant plus simples par l'utilisation d'un score numérique radiologique.

#### *Objectifs :*

Nous nous sommes proposés d'établir un score tunisien pour l'estimation de l'âge par l'étude de radiographies de plastrons sterno-costaux en partant d'un échantillon de sujets tunisiens de sexe masculin et étudier la corrélation entre le score proposé pour chaque radiographie et l'âge réel des individus afin de définir pour chaque tranche d'âge un score qui lui est convenable.

#### *Matériel et méthodes :*

Notre étude est prospective et a porté sur l'étude de radiographies de plastrons sterno-costaux de 140 individus de sexe masculin et de nationalité tunisienne, âgés entre 12 et 82 ans, ayant fait l'objet d'une autopsie au Service de Médecine Légale de l'Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir. Nous avons établi un score de huit critères. Le score total est la somme des valeurs données pour chaque critère. Le score total varie de 8 à 32. La lecture des clichés est faite par trois observateurs en double aveugle. Nous avons étudié la corrélation de chaque critère ainsi que du score total avec l'âge réel pour chaque sujet. Nous avons aussi vérifié la reproductibilité et la répétabilité des critères et du score total. Nous avons calculé l'âge estimé pour chaque score. Nous avons étudié la relation entre l'âge estimé et l'âge réel et nous avons calculé les intervalles de

confiance à 95, 97 et 99% de l'âge estimé.

#### *Résultats :*

L'étude de la corrélation du score total avec l'âge réel montre qu'il existe une bonne corrélation pour trois sujets (0,746 ; 0,756 et 0,742). La reproductibilité intra et inter-observateur du score total est très bonne (0,956-0,975). Le score total donne une estimation ponctuelle de l'âge avec une déviation standard de  $\pm 5.88$  ans et un intervalle de confiance à 95 % dont la largeur augmente progressivement de 6,9 ans à 23 ans. Le score total est fiable à 95 % pour ces valeurs allant de 11 à 30. Pour les valeurs 8, 9, 10, 31 et 32, il faut se référer aux intervalles de confiance à 99 %.

#### *Conclusion :*

Le score établi nous a permis de donner une estimation ponctuelle de l'âge avec un écart standard par rapport à l'âge réel d'environ 6 ans. Dans 95 %, l'âge réel se trouve dans l'intervalle de confiance de l'estimation.

*Mots clés :* anthropologie- âge- plastron- radiographie

*Titre :* « **Utilisation pratique du scanner à l'IML d'Amiens** »

*Auteurs :* O. REGNAUT, C. MANAOUIL, C. DEFOUILLOY, O. JARDE

*Affiliation :* CHU AMIENS

*Email :* [oceane.regnaut@orange.fr](mailto:oceane.regnaut@orange.fr)

La tomодensitométrie a pris une place grandissante en thanatologie en tant qu'examen complémentaire. L'autopsie reste la méthode de référence quant à la détermination de la cause de la mort.

L'autopsie médico-légale utilise toujours les anciennes techniques, basées sur des preuves macroscopiques, comportant l'examen externe et interne du corps, la description des lésions avec l'aide de photographies. Cette technique a évolué au fil du temps avec l'apport de nouvelles techniques dues aux révolutions majeures des sciences telles que l'anatomopathologie, la toxicologie et depuis peu l'imagerie.

Tandis que les premiers examens radiologiques post-mortem s'effectuent en 1898, trois ans après la découverte des rayons X, le scanner post-mortem a eu une application thanatologique plus tardive, surtout représentée par le scanner.

Au CHU d'Amiens la pratique est plutôt bien rodée et depuis peu chacun, médecins-légistes et radiologues, s'accordent pour valoriser le scanner. Non pas que l'on prône le remplacement de l'autopsie par le scanner, comme certains se l'accordent à dire de plus en plus (Virtopsie), mais nous sommes plutôt en faveur d'une complémentarité du scanner à la levée de corps et l'autopsie. A travers d'exemples concrets, illustrés d'images d'autopsie et de scanner parallèlement, nous avons voulu montrer l'apport du scanner dans notre pratique au CHU d'Amiens.

Pour conclure, nous ferons un point sur les différentes situations où le scanner est nécessaire et apporte beaucoup et les situations où le scanner n'apporte pas d'information.

Il s'agit d'une illustration pratique de notre collaboration médecins légistes-radiologues.

*Mots clés:* médecine légale - autopsie - scanner

*Titre :* « **Exorcisme mortel en Tunisie: à propos de trois cas autopsiques** »

*Auteurs :* T. MASMOUDI, M. JEDIDI, M. BOUGHATTAS, M. BELHADJ, M. BEN DHIAB, M.K. SOUGUIR

*Affiliation :* Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire F. Hached de Sousse (Tunisie)

*Email :* [jedidimaher@yahoo.fr](mailto:jedidimaher@yahoo.fr)

### *Introduction*

L'exorcisme, un rituel religieux destiné à expulser une entité spirituelle maléfique qui se serait emparée d'être humain, peut s'associer à des actes de violence parfois mortels.

Nous rapportons 3 cas de morts violentes inhabituellement observées au cours d'une pratique de rituels exorcistes.

### *Rapport des cas*

Cas n°1: Un enfant âgé de 15 ans, épileptique, a été amené par ses parents à un guérisseur, qui l'a considéré possédé par le diable et a décidé de le désenvoûter. L'enfant, maintenu au sol, a été frappé par un « livre sain » au niveau de l'abdomen puis par pression au niveau du cou, conduisant au décès. L'autopsie a conclu à une mort violente des suites d'un traumatisme abdominal associé à une strangulation à la main.

Cas n°2: Une femme âgée de 64 ans, aux antécédents de dépression et de poussées hystériques fréquentes, a été amenée chez une guérisseuse qui a « indiqué » un rituel exorciste avec piétinement de la victime. La femme est décédée durant le rituel. L'autopsie a rattaché la mort à un violent traumatisme thoraco-abdominal.

Cas n°3: Une jeune femme âgée de 19 ans, épileptique, est décédée suite à un coma d'étiologie inconnue avec une défaillance multi-viscérale. Elle avait consulté une semaine auparavant une guérisseuse traditionnelle qui lui a prescrit une infusion à base de plantes. Une autopsie médico-légale a été pratiquée. L'expertise histologique a trouvé une nécrose centro-lobulaire du foie associée à des foyers d'une nécrose rénale. L'expertise toxicologique n'a pas pu mettre en évidence une substance toxique usuelle et connue.

### *Conclusion*

L'exorcisme est loin d'avoir disparu en Tunisie. Il se présente comme un palliatif, là où la médecine moderne a échoué. Les rituels sont variés et s'avèrent dramatiques et choquants dans certains cas.

**Titre:** « *La médecine légale à l'épreuve des bouleversements sociaux – Données autopsiques actuelles* »

**Auteurs:** K. MESSAHLI\*, S. HAROUAL\*, W. AKLI\*, M. ZOUAOUI\*\*, Y. CHEGRA\*\*

**Affiliations:** \*Service de médecine légale - CHU de Blida - Faculté de médecine de Blida  
\*\* faculté de médecine de Blida, université de Blida

**Email :** [messahlikeltoum@yahoo.fr](mailto:messahlikeltoum@yahoo.fr)

Nos sociétés connaissent depuis voilà plus d'une décennie de grands bouleversements sociaux ayant une incidence certaine sur notre pratique médico-légale. Des affres du terrorisme à travers ces conséquences : attentats isolés, massacre en masse ; aux nouvelles tendances suicidaires actuelles : immolation par le feu, attentats kamikazes etc.. Quelles sont les incidences de ces formes de violences nouvelles et en même temps extrêmes sur nos sociétés? Comment la société actuelle s'est-elle organisée avec ce capital violence qui la traverse depuis des années? Il y a-t-il, à l'heure actuelle, émergence de nouvelles formes de violences issues de la sublimation des actes de violences de la décennie noire? Comment expliquer les formes suicidaires actuelles constatées dans une société où le rapport au corps a un ancrage spirituel singulier? Toutes ces questions fondamentalement psycho-sociologiques, puisées de l'expérience médico-légale et qui renvoient certainement à la problématique de la mutation du rapport au corps des sociétés, mériteraient certainement une analyse que nous tenterons de faire dans le cadre de notre communication. On se propose dans ce sens de capitaliser, d'une part notre expérience en médecine légale, notre vécu de médecin légiste à travers ces violences extrêmes et d'autre part nous tenterons d'analyser et de comprendre les conséquences de ces formes de violences sur la société actuelle .

**Mots clés:** médecine légale-violences nouvelles- mutation sociale

**Titre:** « *Les problèmes médico-légaux rencontrés lors du séisme de Boumerdes-Algérie* »

**Auteurs :** R. BELHADJ, C. BOUDRIES, K.H. NAIT RABAH, S. LAIMOUCHE, D. AZZOUZ, M. BESSAHA

**Affiliation :** Service de Médecine Légale – CHU Mustapha BACHA - Alger – Algérie

**Email :** [belhadj.r@hotmail.fr](mailto:belhadj.r@hotmail.fr)

La Médecine Légale en Algérie durant la dernière décennie a été confrontée à des situations médico-légales très particulières (catastrophes naturelles, séismes 2003, inondations, attentats aux explosifs).

Notre communication abordera les problèmes médico-légaux rencontrés lors de la catastrophe naturelle (séisme) survenue en 2003 en Algérie.

Devant le nombre élevé des victimes (plus de 3 000 décès et des dizaines de milliers de blessés), les difficultés d'identification et les conséquences juridiques et sociales de ces personnes non

identifiées, l'Algérie s'est dotée de moyens d'identification sophistiqués, de laboratoires d'identité judiciaire, d'empreinte et d'ADN.

A travers notre communication, nous allons exposer l'expérience du service de Médecine Légale du C.H.U. Mustapha BACHA d'Alger dans la gestion médico-légale de la problématique de l'identification durant cette catastrophe naturelle.

*Mots clés* : catastrophe naturelle, exhumation, étude génétique, identification.

*Titre :* « **Aspects médico-légaux des violences conjugales: étude à partir d'un échantillon de 100 victimes.** »

*Auteurs :* Y. MELLOUKI, L. SELLAMI, F. GEUHRIA, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA

*Affiliation :* Faculté de médecine, université Badji Mokhtar, Annaba Algérie.

*Email :* [youcefmellouki@yahoo.fr](mailto:youcefmellouki@yahoo.fr)

Les violences conjugales sont fréquentes et lourdes de conséquences. Elles représentent actuellement un problème de santé publique.

L'objectif de ce travail était de décrire et de déterminer les aspects médico-légaux, relatifs à cette forme de violence intrafamiliale particulière.

Il agissait d'une étude prospective, transversale, à caractère descriptif, portant sur un échantillon de cent victimes de violence conjugale reçues en consultation, durant la période allant du 16 avril 2012 au 10 juin 2012. Un questionnaire a été élaboré à cet effet, incluant des paramètres médico-légaux relatifs au traumatisme et à la prise en charge médico-judiciaire.

Au total 1 200 victimes ont été reçues pour coups et blessures volontaires durant la période d'étude. Parmi elles, cent victimes ont fait l'objet de violence conjugale.

La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 35 et 44 ans. Il s'agissait surtout de victimes de sexe féminin, pour la plupart des consultantes.

Les femmes sans profession sont les plus exposées (80%), l'auteur est constitué exclusivement du mari (92%), l'agression aura lieu surtout au niveau du domicile conjugal (91%). La victime consulte généralement rapidement (82%), avant soixante-douze heures, afin d'avoir une preuve matérielle de son agression.

Dans les conduites addictives, hormis sept victimes qui prenaient du tabac et des médicaments (psychotropes et anxiolytique), les autres n'ont pas de conduites addictives particulières (90%).

Dans la prise en charge, les prestations de soins sont surtout fournies par les médecins généralistes (88%) au niveau des urgences médico-chirurgicales (64%). La majorité de ces victimes n'ont pas reçu de prise en charge particulière (72%).

La durée d'incapacité totale de travail était le plus souvent comprise entre un et huit jours (88%), tandis que 2 % avaient une ITT supérieure à 15 jours (barrière médico-légale en Algérie).

Plus de la moitié des victimes (57%), ont quitté le domicile conjugal et se trouvaient hébergées par leur famille.

La majorité des victimes envisagent engager une action en justice (64%) ; 35% d'entre elles sont convaincues que la seule issue à cette situation de violence est le divorce (46%).

Enfin, en vue d'optimiser les conditions de prise en charge des victimes, une parfaite coordination de tous les acteurs de la chaîne de prise en charge, s'avère indispensable.

**Titre :** *« Le psychologue et la victimologie à l'Unité Médico-Judiciaire : Une démarche éthique au carrefour du thérapeutique et du symbolique »*

**Auteurs :** C. ATAIN KOUADIO-ZAFFARONI (a), B. COLAS (a), L. MARTRILLE (a,b).

**Affiliations :** (a) CHU Nancy, Pôle URM/Service de Médecine Légale  
(b) Université de Lorraine, Laboratoire de Médecine Légale

**Email :** *c.zaffaroni@chu-nancy.fr*

La réforme de décembre 2010 a permis de structurer la médecine légale et de l'inscrire dans les missions du service public. Elle est également à l'origine de l'élargissement de ses champs d'intervention, en introduisant du soin à travers les prises en charge infirmières et psychologiques à l'Unité Médico-Judiciaire.

Ainsi la médecine légale, désormais structurée en service hospitalier, est devenue un nouvel acteur de la prise en charge des victimes, de la prévention et du soin des psycho traumatismes.

Cette prise en charge spécialisée en victimologie doit pouvoir s'appuyer sur un travail d'équipe pluridisciplinaire d'une part, et de réseau d'autre part. Pour autant, comment intégrer la dimension de soin dans une Unité Médico-Judiciaire ? Comment la médecine légale accueille la dimension psychologique imposée de façon réglementaire ? Quel rôle et quelles missions pour le psychologue clinicien ? Comment l'articuler – ou pas ? - à l'activité d'expertise ? Quel intérêt à développer une activité de victimologie à l'Unité Médico-Judiciaire ? L'évolution de la médecine légale soulève des questionnements pratiques, déontologiques et éthiques. Les auteurs proposent une réflexion sur ces questions en mettant les besoins du sujet-victime au centre de leur démarche d'élaboration. Parallèlement, ils s'efforcent de dégager les enjeux thérapeutiques, symboliques et sociaux liés à la structuration de la médecine légale.

Mots clefs : Victimologie, psychologue, Unité Médico-Judiciaire

---

**Titre :** *« Violences faites aux femmes : pour un parcours régional de bien-traitance au service des victimes et de la société. À propos du Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (C.A.S.A.) »*

**Auteurs :** S. THUREAU (1), J.M. PASQUIER (2), B. MOKDAD (1), K. LEDOUX (1), I. LE BLANC (1), B. PROUST (1)

**Affiliations :** (1) Service de Médecine Légale du CHU de Rouen  
(2) Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray - Rouen

**Email :** *bernard.proust@chu-rouen.fr*

Le regard porté sur les violences faites aux femmes doit encore changer. Ainsi, le Ministère des droits des femmes vient d'organiser les 2 et 3 septembre 2013, à l'Académie nationale de médecine, un colloque intitulé « Violences faites aux femmes : soins aux victimes, prise en charge des auteurs ».

Tout d'abord, le rôle du médecin, généraliste ou urgentiste, premier interlocuteur des victimes, est déterminant quand celui-ci est formé au repérage des violences devant des symptômes non spécifiques ou banalisés.

De plus, la réponse ne se résume pas à la rédaction d'un certificat médical descriptif avec ITT, puisque l'action de la justice n'arrête pas toujours les violences et l'injonction faite aux victimes de « porter plainte » est fréquemment contre-productive car elle les renvoie à leur incapacité à prendre une décision.

Les études internationales et l'Organisation mondiale de la santé en 2010 ont montré qu'il existait un retentissement des violences tant sur le plan psychiatrique que somatique avec l'apparition de symptômes généraux (douleurs, fatigue chronique), mais également cardiologiques, gynéco-obstétricaux, gastroentérologiques, endocriniens, conduisant à des hospitalisations et à des arrêts de travail répétés.

Le CASA, créé en 2007 et validé par la réforme nationale de médecine légale de 2011, a pour mission de simplifier et de faciliter la prise en charge médico-légale de toutes les victimes, ainsi que le dépôt de plaintes. Les victimes peuvent y rencontrer des professionnels de santé, une psychologue, une assistante sociale, ou être orientées vers une association d'aide aux victimes ou la maison des avocats. Elles peuvent également être mises en contact avec un officier de police judiciaire dans certaines situations d'urgence médico-légale, ou bien encore bénéficier d'une brève hospitalisation dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée du service des urgences. Le CASA permet aussi aux victimes qui ne souhaitent pas (encore) porter plainte d'être prises en charge dans le cadre d'une consultation (sans réquisition) et d'avoir un constat médico-légal qui sera gardé dans leur dossier et à leur disposition si elles changent d'avis. Dans le cadre du CASA, il a également été mis en place un réseau intra-CHU pour la prise en charge des violences intrafamiliales ou sexuelles faisant intervenir les services des urgences, de pédiatrie et de gynécologie (rédaction d'un protocole pour harmoniser les pratiques et assurer une conservation centralisée des prélèvements au CASA). Ainsi, en 2012, sur 5 055 consultations réalisées au CASA, 1 100 l'ont été pour de telles violences.

La mise en place et l'organisation d'un réseau régional (avec les Centres Hospitaliers non universitaires du Havre, de Dieppe, de Vernon, d'Évreux, d'Elbeuf, et le Centre Hospitalier du Rouvray pour la psychiatrie), son animation, la formation des médecins font partie des missions du CHU définies par les circulaires encadrant la réforme de médecine légale. Afin de proposer des réponses individualisées aux victimes et de mettre en place des solutions de prévention efficace de la récurrence, un groupe de travail a donc été constitué pour travailler avec ces centres et répondre à plusieurs objectifs :

- améliorer le repérage des violences familiales (formation, utilisation de guidelines)
- coordonner les soins, le constat et la prévention,
- créer des espaces interprofessionnels et des outils communs pour coordonner la prise en charge des victimes et des auteurs de violences, notamment sur le plan psychologique et psychiatrique,
- créer dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire un lien avec le Centre Hospitalier Psychiatrique du Rouvray pour la prise en charge des victimes et le suivi des auteurs de violences.

*Titre :* « **Prévalence des violences conjugales chez une population de femmes consultant au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy : vers un dépistage systématique ?** »

*Auteurs :* A. GIRA\*, P. ATAIN-KOUADIO\*\*, C. ATAIN KOUADIO-ZAFFARONI \*\*\*, N. THILLY\*\*\*\*, L. MARTRILLE\*\*\*,

*Affiliations :* \*Université de Lorraine  
\*\* Service des urgences, CHU Nancy, Nancy  
\*\*\* Service de médecine légale, CHU Nancy, Université de Lorraine, Nancy  
\*\*\*\* Épidémiologie et évaluation clinique, CHU Nancy, Nancy

*Email :* [l.martrille@chu-nancy.fr](mailto:l.martrille@chu-nancy.fr)

### *Introduction*

L'enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF, Jaspard et coll., 2001) annonçait qu'« une femme sur dix est victime de violences conjugales ». En 2010, 146 femmes sont décédées suite aux coups de leur conjoint (ONDRP, 2011). Il faut entendre par « violences conjugales » celles par lesquelles « un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par une agression physique, psychique ou sexuelle » (Henrion et coll., 2001). Ce réel problème de santé publique nécessite de pouvoir et savoir le dépister avant qu'il n'ait une influence sur la santé physique et mentale des femmes qui en sont les victimes (Boufettal et al., 2012). Notre recherche s'est inscrite dans cette démarche par la réalisation d'une enquête épidémiologique dont le but était de nous rapprocher au plus près de la prévalence réelle de femmes victimes de violences conjugales au SAU du CHU de Nancy.

### *Matériel*

Un questionnaire fut créé en 2011 par une équipe de recherche nancéenne en vue d'un dépistage systématique des violences conjugales. Il est composé de sept questions à visée socio-démographiques et de treize questions concernant les différents types de violence retrouvés chez les victimes (physique, psychologique, sexuelle, verbale, économique).

### *Méthode*

Ce questionnaire avait pour objectif d'être administré à toutes les femmes consultant le SAU du CHU du Nancy durant la période du 21 mai au 3 juin 2012, soit pendant deux semaines. La première semaine fut consacrée à la passation du questionnaire de jour, de 8h à 18h, et la seconde semaine à la passation de nuit, de 18h à 8h. Une patiente était incluse dans l'enquête au moment où elle entrait en filière classique, en zone de déchoquage et en filière courte au cours de ces créneaux horaires. Une feuille de suivi était utilisée pour contrôler les entrées de la totalité des patientes. Les questionnaires ont ensuite été catégorisés en « questionnaires remplis », « questionnaires non applicables », « refus », « patientes parties sans attendre » et « patientes manquées ». La passation avait lieu de manière individuelle, à un moment propice dans la prise en charge de la patiente et sous le cadre d'une consigne précisant le but de l'enquête, le temps de passation, la garantie de l'anonymat et la demande de consentement. Au total, 110 patientes sur les 220 consultant le SAU du CHU de Nancy durant cette période d'enquête ont pu être interrogées.

### *Résultats*

L'enquête a montré qu'une patiente interrogée sur 2,75 (36,4 %) déclarait subir ou avoir subi des violences de la part de son conjoint ou ex-conjoint au cours de leur vie. La violence la plus

représentée était la violence psychologique (32,7 %), suivie de la violence physique (30,1%) et de la violence sexuelle (8,4%). L'ensemble des données concernaient, pour une forte majorité, une relation passée (75 %). Un peu plus d'une femme sur deux (55 %) déclarait des violences physiques et psychologiques associées. 40 % des patientes déclarant des violences conjugales déclaraient également avoir vécu des violences durant leur enfance et / ou adolescence, soit un risque 3,7 fois plus élevé de connaître des violences à chaque période de la vie.

### *Conclusion*

En conséquence, ces résultats montrent une réalité différente que celle annoncée dans la littérature puisque plus d'une femme sur dix est victime de violences conjugales au SAU du CHU de Nancy. Il paraît alors primordial qu'un dépistage systématique soit réalisé au sein de chaque SAU des établissements hospitaliers.

*Mots-clés* : Violences conjugales, dépistage, urgences, femmes victimes

*Titre* : « **Les violences conjugales** »

*Auteurs* : M.B. TIDJANI, B. KHOUALDIA, A. BENHARKAT

*Affiliation* : Service de médecine légale CHU Constantine (Algérie)

*Email* : [tidjanimedbachir@yahoo.fr](mailto:tidjanimedbachir@yahoo.fr)

Les violences conjugales constituent encore un problème de santé publique. Les conséquences sociales sont dramatiques. Nous avons choisi le mois de Ramadan 2013 pour évaluer et comparer l'importance de la violence conjugale à travers une étude mixte réalisée sur 73 femmes et 01 homme dans le service de médecine légale de Constantine. Il s'agit le plus souvent d'une femme jeune, mère de 02 enfants, sans profession, battue dans son domicile, qui va consulter pour des contusions dont l'ITT dépasse rarement les 15 jours. Cependant on a autopsié dans le service 02 jeunes femmes, durant ce mois de ramadan, qui se sont suicidées suite à des violences conjugales. Nous insistons sur les préjudices majeurs et graves résultant de ces violences sur le plan psychologique et comportemental, les risques liés à la grossesse, les conséquences sur la santé des enfants, et sur les drames liés au déficit financier quand la mère et ses enfants sont expulsés hors du domicile.

Nous soulèverons enfin l'absence quasi totale de la prise en charge sociale de cette famille disloquée et du vide juridique de la loi algérienne concernant la protection de la victime maltraitée par son conjoint.

*Mots clés* : violence conjugale, ITT, préjudices, loi.

*Titre* : « **La maltraitance à l'égard des personnes âgées - Aspects médico légaux** »

*Auteurs* : F.MERAH – A.MOSTEFAOUI – A.SBAIHI – D.LAIDAOUI - I.DJAIDJA

*Affiliation* : Service de Médecine Légale. CHU Béni Messous Alger – Algérie

En Algérie, une grande partie de la population continue de vivre selon des normes traditionnelles avec des règles de conduite socioculturelles, religieuses, éthiques caractérisées par le respect de l'ascendant.

La famille, structure sociale de base, permet et favorise le maintien des parents au sein de la cellule familiale. Toutefois, la maltraitance à l'égard des personnes âgées est un phénomène relativement nouveau constituant une dure réalité sociale frappée par la loi du silence.

Le but de notre travail consiste en l'étude rétrospective concernant 124 dossiers de personnes âgées de plus de 60 ans, victimes de maltraitance soit 2.7 % recensées à la consultation médico-judiciaire du CHU Béni Messous durant l'année 2013 sur un nombre de consultants de 3 270.

Notre étude a permis de noter que les violences et brimades à l'égard des personnes âgées ont des causes multiples :

- Population vulnérable avec des problèmes de santé tels que l'état de déficience mentale prise en charge par l'entourage familial étant donné que le nombre de centres d'accueil et d'accompagnement est insuffisant.
- Habitudes toxiques de l'auteur qui est un descendant.
- Conditions socio-économiques et promiscuité du logement familial.

Les considérations qui précèdent soulignent la nécessité d'élaborer un ensemble de directives à observer dans le cadre des personnes âgées, adopter une stratégie en leur faveur pour leur garantir une meilleure intégration sociale prévue par les textes juridiques et réglementaires.

*Mots Clés* : Maltraitance- Personne âgée – Prise en charge pluridisciplinaire

*Titre :* « **Prélèvement d'organes post-mortem : quelle place pour les proches ?** »

*Auteurs :* B. HAMON, A. TOURÉ, O. LESIEUR, C. HERVÉ, M.F. MAMZER

*Affiliation :* Laboratoire d'Éthique médicale et de Médecine Légale EA4569, Université Paris Descartes, PRES Sorbonne Paris Cité

*Email :* [brigitte.hamon@parisdescartes.fr](mailto:brigitte.hamon@parisdescartes.fr)

### *Introduction :*

Les pratiques du prélèvement d'organes sur personnes décédées sont autorisées par la loi française depuis 1976 (loi Caillavet), à des fins thérapeutiques ou scientifiques, dès lors que le défunt n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement. La parution des lois de bioéthique en 1994, et les révisions itératives qui l'ont suivies jusqu'en 2011, n'ont pas remis en question le mode de recueil du consentement décrit sous le nom de « recherche d'un refus explicite », et dont la seule personne légitime pour l'exprimer est le donneur lui-même, de son vivant. La place des proches, non prévue initialement, apparaît dans la loi de bioéthique de 1994 comme celle d'un témoin à consulter en cas de méconnaissance des volontés du défunt. Les principes évoqués allient le principe de non-patrimonialité du corps humain, et un principe de présomption de solidarité. Nous nous proposons de confronter la place théoriquement allouée aux proches par la Société, celle qu'ils occupent réellement d'après les données publiées par l'Agence de la Biomédecine, à quelques cas de jurisprudence et d'en discuter les enjeux éthiques.

### *Matériels et Méthodes :*

Travail de recherche bibliographique à partir des textes de loi, de leurs travaux préparatoires (y compris les états généraux de la bioéthique de 2011), des cas de jurisprudences les plus médiatisés, des rapports d'activité officiels de l'agence de la biomédecine, textes de recommandations officiels à l'usage des professionnels impliqués dans le prélèvement, plans de santé publique, et du rapport des États généraux du Rein.

### *Résultats :*

Depuis 1994, la place allouée officiellement par la société aux proches n'a pas évolué et ne prévoit que le recueil de leur témoignage. Les États généraux de la bioéthique de 2011, n'ont pas évoqué de place plus grande pour les proches, alors que l'un des panels de citoyens remettait en question le principe de consentement au profit d'un consentement explicite, exprimé par le défunt de son vivant. Malgré cela, les proches s'expriment de temps en temps par le biais de plaintes, et l'analyse des origines des refus de don post-mortem, telle qu'elle est publiée par l'Agence de la Biomédecine montre que les proches assument la décision de ces refus pour une part qui reste stable entre 50 et 60% depuis au moins 1996.

### *Conclusion :*

La place occupée effectivement par les familles, et la possibilité qui leur est laissée par les médecins en charge de l'organisation des prélèvements de s'opposer en leur nom au prélèvement, et ce en contradiction avec les termes de la loi, pousse à s'interroger sur les mécanismes qui président à cette acceptation, alors que cette place n'a pas même été évoquée lors des débats citoyens. En effet, avant de céder à une poussée « utilitariste » en imposant le respect strict des termes de la loi, les conséquences de la non-prise en compte des positions des proches sont à réfléchir.

*Mots clés:* Prélèvement d'organes, Consentement, Proches

**Titre :** « *La transplantation d'organes en Tunisie : aspects médico-légaux et bilan d'activité.* »

**Auteurs :** S. MAATOUG, S. BARDAA, W. BEN AMAR, Y. NOUMA, K. JAMMELI

**Affiliation :** Service de médecine légale centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba Sfax

**Email :** [Samir.matoug@rns.tn](mailto:Samir.matoug@rns.tn)

L'activité de transplantation d'organes a démarré en Tunisie en 1986. Elle est régie par plusieurs textes réglementaires, et est gérée par le centre national de promotion de la transplantation d'organes.

Actuellement, elle soulève de nombreux problèmes médico-légaux et éthiques, et se heurte quotidiennement au problème de pénurie d'organes.

Nous nous proposons de dresser le bilan de l'activité de transplantation d'organes en Tunisie durant l'année 2012, et de discuter les aspects législatifs et éthiques de la greffe d'organe.

Nous avons colligé, au cours de la période d'étude, 124 transplantations rénales dont 02 à partir de donneurs en état de mort encéphalique. Aucune transplantation cardiaque ni hépatique n'a été faite. Cette activité est globalement en baisse, notamment celle à partir de donneurs décédés pour diverses raisons. Le nombre de déclarations de patients en état de mort encéphalique est de 67 pour un nombre prévisible de 600 cas par an. Parmi les cas déclarés, 2 seulement ont été prélevés et ceci sur la base du consentement de la famille du donneur.

Pour la greffe de cornée, 430 prélèvements ont été réalisés dont 405 par l'équipe du service de médecine légale de Sfax.

Il ressort de ce bilan que la Tunisie a des besoins en greffons nettement supérieurs aux dons disponibles. De plus, le refus de consentement entrave considérablement l'activité de transplantation.

Pour pallier à ce problème de pénurie d'organes, plusieurs efforts sont à entreprendre pour sensibiliser les équipes hospitalières à la nécessité de déclarer les cas de morts encéphaliques et pour sensibiliser le public au don d'organes. Une réforme de la législation s'impose pour limiter le nombre de cas déclarés et non prélevés en raison de l'opposition de la famille du donneur.

**Mots clés:** transplantation, don d'organe, droit médical, éthique, législation

*Titre :* « **Réflexions éthiques sur les phases pré et post-prélèvement sur cadavre** »

*Auteurs :* A.BENZARTI ; M BEN KHELIL, M. ALLOUCH, H.MESTIRI

*Affiliation :* Service de Médecine Légale HCN, Tunis Tunisie ; école supérieure des sciences et techniques de la santé de Tunis - Centre national de promotion et de la greffe d'organes en Tunisie

*Email :* [benzarti.anis@planet.tn](mailto:benzarti.anis@planet.tn)

Toutes les personnes en état de mort encéphalique donc prélevables n'ont pas toutes la même chance. En effet, certaines d'entre elles se voient trimbalées d'un hôpital à l'autre pour que le prélèvement soit effectué, d'autres sujets à un prélèvement multi organes voient leur corps mutilé par une large plaie chirurgicale, plaie qui même si correctement suturée, impliquera une souffrance pour sa famille. Cette même famille verra aussi sa souffrance se prolonger de 24 heures le temps que le prélèvement ne soit effectué. Cette souffrance sera aussi d'ordre matériel puisque les démarches administratives imposées sont longues et coûteuses. Peut-on envisager un manque de respect de la personne humaine du corps humain après la mort ? Peut-on parler d'un manque de compassion vis-à-vis de la famille ?  
Quelles solutions faut-il donc envisager ?

*Mots-clefs :* compassion; respect du mort, famille; intégrité corporelle

*Titre :* « **La perception du don d'organes par le personnel du CHU de Casablanca** »

*Auteurs :* A. BELHOUSS, I. JAMALI, A. DAMI, A. BOUIMEJANE, H. BENYAICH

*Affiliation :* Service de médecine légale CHU Ibn Rochd Casablanca Maroc

*Email :* [belhouss.ahmed@gmail.com](mailto:belhouss.ahmed@gmail.com)

Au Maroc, depuis la promulgation de la loi n° 16-98 relatif au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains, le prélèvement et la greffe d'organes humains ont connu une expansion importante mais en deçà des attentes et aspirations.

Pour connaître la perception du don d'organes par le personnel du Centre Hospitalier et Universitaire Ibn Rochd de Casablanca Maroc, nous avons réalisé une enquête par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme composé de 27 questions sur un échantillon représentatif de cette population.

L'objectif de l'enquête est de décrire l'attitude du corps médical et paramédical quant au don d'organes sur donneur vivant et décédé et de préciser les déterminants du refus.

Les principaux résultats montrent une attitude plus positive chez les médecins face à ces questions. Le don et la transplantation d'organes soulèvent de nombreuses interrogations auprès du personnel infirmier et administratif, tout particulièrement sur la mort cérébrale. Seuls 45% de ces derniers considèrent que la mort encéphalique est une confirmation de la mort.

Parmi les personnes interrogées, 69% accepteraient de donner leurs organes après la mort en vue

d'une transplantation et 71% durant leur vivant.

L'atteinte à l'intégrité du corps après la mort ainsi que l'obstruction religieuse sont en tête de liste des déterminants du refus.

Cette enquête démontre que les attitudes du personnel médical et paramédical développées face au don et à la transplantation d'organes sont diverses.

Elles sont fortement dépendantes des valeurs et croyances propres de chaque individu.

*Mots clés* : don d'organes – transplantation – perception - personnel CHU Ibn Rochd

*Titre :* « **Le changement de finalité des données de santé à l'ère du numérique: enjeux éthiques et juridiques des entrepôts de données.** »

*Auteurs :* M.F. MAMZER, A. BURGUN, A. TOURÉ, C. HERVÉ

*Affiliation :* Université Paris Descartes, PRES Sorbonne Paris Cité

*Email :* [marie-france.mamzer@parisdescartes.fr](mailto:marie-france.mamzer@parisdescartes.fr)

### *Introduction :*

Les entrepôts de données, ou « Data Ware-House », sont des serveurs informatiques qui permettent l'échange d'informations entre des plateformes technologiques différentes utilisant leurs logiciels propres. Initialement développés dans le domaine de l'entreprise, pour permettre un accès rapide aux informations stratégiques en vue d'une prise de décision, ils se développent aujourd'hui dans le champ médical et permettent l'élaboration rapide de connaissances nouvelles à partir de faits cachés dans de grandes quantités de données, dont l'intérêt semble majeur dans le cadre de la médecine personnalisée. Alors que certains hôpitaux se dotent déjà de ces outils, la question de la compatibilité de leur usage avec les principes internationaux de la recherche et le cadre légal se pose, tandis que de nouveaux questionnements éthiques émergent.

### *Matériel et méthode :*

Recherche action accompagnant la construction d'un entrepôt de données dans un CHU parisien, permettant d'analyser la compatibilité de cette construction et des cas d'usages possibles avec les référentiels législatifs et éthiques existant.

### *Résultats :*

La phase de construction de l'entrepôt de données implique l'importation et le stockage des données de santé générées dans le cadre du soin au sein d'un établissement, dans le but de les utiliser pour d'autres finalités. L'importation des données est automatisée, et le stockage se fait après dé-identification ou « pseudo anonymisation », mais la levée de l'anonymat reste possible. Les cas d'usage sont nombreux allant de la « fouille » de données « anonymisées », dans un but de dénombrement des données d'intérêt, à la genèse de nouvelles hypothèses de recherche, en passant par la réalisation de recherches non interventionnelles, et par l'individualisation de cohortes virtuelles de patients présentant des caractéristiques communes. Ces entrepôts constituent par ailleurs des outils de vigilance performants. En introduisant une porosité inédite entre le soin et la recherche, la construction de ces entrepôts semble en opposition avec les principes internationaux de l'éthique de la recherche qui exigent que chaque recherche se déroule dans le respect de la dignité humaine et des droits des patients, selon un protocole approuvé par un comité d'éthique de la recherche, et après le recueil d'un consentement éclairé. Indépendamment même de la qualité de la sécurisation du système informatique, les entrepôts de données compromettent la garantie de la confidentialité des données. Leur construction comme leur usage sont en conflit avec les dispositions de la loi CNIL. De nombreuses questions éthiques se

posent avec acuité, notamment dans le champ de la médecine personnalisée dont les performances pourraient bien dépendre de l'exhaustivité du recueil des données et exposer les patients s'opposant à l'importation de leurs données à une perte de chance. La durée de conservation des données, et leurs modalités de recueil poussent à une réflexion éthique en profondeur avant de définir l'évolution du dispositif de régulation des recherches françaises souhaitable.

*Conclusion :*

Devant les enjeux individuels et collectifs soulevés, une révision du cadre législatif actuel semble incontournable. Le modèle des dispositions spécifiques aux échantillons biologiques pourrait être envisagé, dans un souci d'efficacité. Une telle évolution ne saurait néanmoins se substituer à une réflexion en profondeur sur les problématiques émergentes, justifiant de penser de nouveaux principes pour une éthique de la recherche, devenue indissociable du soin. Cette réflexion devrait être assortie d'une réflexion sur la frontière entre le respect de la confidentialité des données et celui de la protection de la vie privée. Une place centrale pourrait être occupée par les comités de protection des personnes dans la régulation de ces recherches.

*Mots clés:* Partage des données informatisées, requalification des données de santé, Éthique de la recherche, Médecine personnalisée

*Titre :* « **Privé de vie privée ?** »

*Auteur :* F. VIALLA

*Affiliation :* Université Montpellier 1 - Centre Européen d'Études et de Recherche Droit&Santé, UMR5815

*Email :* [f.vialla@gmail.com](mailto:f.vialla@gmail.com)

Quelle peut être la place du droit au respect de la vie privée dans la relation de soins et dans la prise en charge en institution ?

Les demandes des patients sont au demeurant ambivalentes. Ils souhaitent, tout d'abord, voir leur pudeur préservée. Ils demandent, aussi, que leur soit assuré, en cas d'hospitalisation prolongée voire viagère, un véritable droit à l'intimité. Les pratiques soignantes sont parfois en réel décalage avec ces souhaits et des crispations peuvent naître de situations d'incompréhensions réciproques. Les discours éthique, d'une part, et juridique d'autre part, permettent d'envisager un accompagnement de ces situations délicates.

Ces questions ne sont pas circonscrites et elles touchent l'ensemble des relations "de soins", de la psychiatrie à la rééducation fonctionnelle, de la prise en charge d'une personne âgée à celle d'un enfant.

**Titre :** « *Les grands rassemblements : aspects réglementaires* »

**Auteurs :** B. BECOUR (1), P. N GUYEN (2), E.P. GAULT (2), T. MOKNI (2)

**Affiliations :** (1) Unité médico-judiciaire, Hôtel-Dieu, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris  
(2) SMUR de Bayonne

**Email :** [bertrand.becour@htd.aphp.fr](mailto:bertrand.becour@htd.aphp.fr)

Les acteurs sanitaires, notamment les médecins urgentistes et les médecins légistes, sont appelés sur les grands rassemblements et ont un cadre juridique d'intervention.

Un grand rassemblement peut se définir comme toute manifestation sportive, récréative ou culturelle, à but lucratif ou non, qui impose la mise en œuvre d'un dispositif de sécurité spécifique, compte-tenu de son affluence dans un lieu non destiné à cet effet (Code général des collectivités territoriales, art. L.2212-1 et L.2214-4). L'effectif attendu simultané doit être supérieur ou égal à 5 000 personnes. Le grand rassemblement dépend du déroulement et du lieu d'implantation de la manifestation. Il impose le respect des réglementations prévues pour ses installations. La sécurité des participants à la manifestation doit être garantie par l'organisateur sous le contrôle du maire qui a autorité de police. Les meetings aériens et les courses automobiles font l'objet de réglementations spécifiques. Le décret du 31 mai 1997 impose aux organisateurs de manifestations sportives, récréatives ou culturelles à but lucratif de plus de 1 500 personnes, d'en faire la déclaration au maire un an au plus à l'avance et un mois au moins avant la date de la manifestation, sauf urgence motivée, et de mettre en place un service d'ordre.

La mise en place d'un dispositif prévisionnel des secours (DPS) est obligatoire pour les manifestations sportives, récréatives ou culturelles à but lucratif de plus de 1 500 personnes. Dans les autres manifestations, le DPS n'est pas obligatoire, mais il peut être imposé par l'autorité de police au regard des risques éventuels liés à la manifestation. Pour la mise en place du DPS, les organisateurs doivent faire appel aux seules associations agréées de sécurité civile.

Pour toutes les manifestations, les organisateurs doivent mettre en place un minimum de mesures destiné à garantir la sécurité du public et des participants, notamment une réglementation relative à la sécurité incendie. L'autorité de police compétente est chargée de vérifier que ces mesures sont suffisantes au regard de l'importance du public attendu, de la configuration des lieux et des circonstances propres à la manifestation. Elle peut interdire le déroulement de la manifestation si les mesures ne sont pas respectées.

Une convention collective entre les acteurs du dispositif sanitaire traduit la responsabilité partagée entre ses signataires, qui comprennent : l'hôpital de proximité et particulièrement le SAMU, la mairie, le service départemental d'incendie et de secours (SDIS), la Croix Rouge Française, l'association départementale de Protection Civile.

#### **Conclusion :**

La pérennité d'un grand rassemblement dépend de sa portée culturelle et de sa sécurisation. La sécurisation repose sur la coordination entre les acteurs sanitaires, judiciaires et de sécurité publique. Lors des grands rassemblements, l'assistance aux personnes et la prévention des risques liés aux mouvements de foule sont les priorités des organisateurs.

**Mots-clés :** dispositif prévisionnel de secours, rassemblement, sécurité

**Titre :** *« La loi n° 2012-300 du 5 mars 2012, dite Loi Jardé relative aux recherches impliquant la personne humaine »*

**Auteur :** O. JARDE, M. MATEI, F. LEMAIRE, O. REGNAUT, C. MANAOUIL

**Affiliation :** CHU d'Amiens

**Email :** [jarde.olvier@chu-amiens.fr](mailto:jarde.olvier@chu-amiens.fr)

La loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine a pour principale ambition de simplifier le cadre juridique de la recherche en adaptant la contrainte réglementaire au risque encouru par les participants et d'englober dans son champ d'application les recherches non interventionnelles. Elle revient en outre sur les dispositions contradictoires qui encadrent les collections d'échantillons biologiques, en clarifiant leur régime. Enfin, certains obstacles juridiques concernant les recherches en génétique sont également écartés au prix d'un renforcement du rôle joué par les Comités de protection des personnes (CPP).

Bien que le règlement européen ne traite que des recherches interventionnelles portant sur le médicament (essais cliniques de médicament) et que la loi Jardé soit consacrée essentiellement aux autres types de recherches impliquant la personne humaine (dispositifs médicaux, chirurgie, etc.), l'articulation entre les deux textes rendra nécessaire une certaine adaptation du cadre juridique en France.

La mise en œuvre de la loi Jardé a été suspendue dans l'attente d'un texte européen dont le périmètre est limité au médicament et qui pourrait n'être voté que dans plusieurs années.

**Titre :** *« L'attachement aux pratiques traditionnelles est-il compatible avec la médecine moderne protocolisée ? »*

**Auteurs :** I. NAHMANI, L. LAZZARON, F. VELLEMONTE, V. SCOLAN, F. PAYSANT

**Affiliation :** Service de Médecine légale CHU de Grenoble  
Service de Gynécologie Obstétrique CH de Voiron

**Email :** [FPaysant@chu6grenoble.fr](mailto:FPaysant@chu6grenoble.fr)

Nous rapportons les réflexions multidisciplinaires (obstétricien, maïeuticien, anesthésiste, psychiatre,...) développées à la suite d'un positionnement d'une patiente en faveur d'un accouchement traditionnel

La jeune femme de 28 ans, première grossesse à terme n'ayant pas fait de suivi de grossesse, vivant seule, en région montagneuse, est transportée par les pompiers et arrive à l'établissement public de santé en début de travail.

Elle fournit un document dactylographié intitulé « projet de naissance pour un accouchement naturel loin de l'hyper médicalisation et des protocoles anxiogènes », ce document rappelant des dispositions du code de santé publique établit la liste de ses refus : la pose d'une perfusion préventive, la prise de sang, l'épisiotomie et de ses souhaits : réduire le nombre de touchers vaginaux, choisir la position d'accouchement, éviter l'anesthésie péridurale, ne pas accélérer

l'expulsion du placenta,...

Du côté de l'établissement les professionnels estimant devoir agir conformément aux données de la science ont non seulement été confronté à une mise en échec sur le plan technique mais également humaine car ce séjour hospitalier n'a pu se dérouler dans un climat serein.

Ce cas a fait l'objet d'une analyse de la pratique et nous présentons ici les différents aspects de cette analyse.

Les aspects « droit du patient » sont exposés, sans oublier la prise de risque pour l'enfant à naître.

La question de la responsabilité des professionnels est au premier plan, que les volontés de la mère soient respectées ou non. En cas de dommage qu'en auraient pensé les juridictions ?

Enfin nous discuterons des méthodes de prévention, s'il en existe, pour éviter d'arriver à ce genre situation conflictuelle. Par extension le professionnel peut-il arguer de l'intérêt de l'enfant pour agir ?

*Mots clés* : Accouchement, droit du patient, protocole

**ATELIER N1 « Le DPC obligatoire des Professionnels de Santé : méthode de formation continue évoluée ou futur outil de contrôle des pratiques. Le respect de l'éthique ?" Coordonnateur : C. JEAMBRUN -**

Qu'est-ce qu'un DPC, ce thème est-il porteur ? C. JEAMBRUN

L'enseignement des étudiants en médecine sur la personne humaine par des médecins généralistes à l'université Paris 6 I. de BECO :

L'approche éthique de la personne en médecine narrative M.J. DE CABRAL

**ATELIER N2 Réflexions éthiques, juridiques et médico-légales autour de la mesure d'isolement en milieu hospitalier. Coordonnateur : G. MAUJEAN**

*Titre* : **« La prévention de la transmission croisée des bactéries multi-résistantes en milieu hospitalier : une nouvelle forme de violence institutionnelle »**

*Auteurs* : G. MAUJEAN (1,2,3), D. MALICIER (1,2), C. HERVE (3), M.F. MAMZER (3,4)

*Affiliations* : 1. Institut de Médecine Légale, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France  
2. Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon,  
3. Laboratoire d'Éthique Médicale et de Médecine légale, Faculté de Médecine Paris-Descartes, Paris, France.  
4. Unité Fonctionnelle d'Éthique, Hôpital Necker-Enfants malades, APHP,

*Introduction* :

Identifiée dès les années 1940, l'antibiorésistance n'est apparue que récemment comme un véritable problème de santé publique. Plusieurs stratégies de lutte ont alors été préconisées par les institutions sanitaires internationales et nationales, parmi lesquelles la maîtrise de la diffusion de ces micro-organismes au sein des établissements de santé. Au travers des circulaires des 6 décembre 2010 et 9 mai 2012, la Direction Générale de la Santé (DGS) a précisé que tout patient hospitalisé suite à un transfert de l'étranger, ou ayant été hospitalisé dans l'année précédente à l'étranger devait être considéré comme à risque de portage de bactérie hautement résistante et faire l'objet d'un isolement prophylactique jusqu'à réception des résultats du dépistage. Peu de travaux existent sur les conséquences individuelles de telles mesures visant à protéger la

collectivité.

### *Matériels et méthodes :*

A partir d'un cas clinique, une discussion des enjeux éthiques individuels et collectifs des mesures exceptionnelles imposées par les recommandations des sociétés savantes et les textes réglementaires dans ce contexte est amorcée.

### *Résultats :*

Observation : Un résident français est hospitalisé en urgences au Portugal pour une pancréatite aigüe nécrosante sévère. Malgré son assurance spécifique et un état de santé le justifiant, son rapatriement sanitaire est compliqué par le refus de tous les services de réanimation sollicités dans sa région de résidence habituelle, en raison de son infection par une bactérie multi-résistante (BMR) nécessitant une prise en charge spécifique coûteuse, ce d'autant que venait de paraître, le 26 Août 2011, une instruction de la DGS précisant les mesures de contrôle des cas importés de BMR. Après deux mois de négociations avec les plus hautes instances sanitaires, seul le recours aux médias va permettre de trouver une issue favorable à sa situation inexplicable. Il décédera deux jours après son retour en France.

### *Discussion*

Aujourd'hui en France, tout patient porteur d'une BMR doit être placé en chambre individuelle, et contraint, le cas échéant, à limiter ses déplacements au strict nécessaire. Plusieurs mesures barrière lourdes doivent être mises en œuvre et un personnel dédié doit parfois être détaché. Ces contraintes ne sont pas accompagnées d'une augmentation de moyens des services d'accueil et entraînent régulièrement une baisse d'activité en imposant des fermetures de lits. Dix ans après, la loi relative aux droits des malades, ces mesures ne peuvent laisser indifférent compte tenu de l'atteinte évidente aux droits fondamentaux des patients qu'elles génèrent, d'autant plus que leur efficacité, en dehors de tout contexte épidémique, ne fait pas consensus, et qu'elles peuvent conduire à une diminution de l'accès aux soins. Ainsi, l'isolement des patients porteurs de BMR semble aller à l'encontre des principes éthiques fondamentaux. Il apparaît également comme un élément perturbateur venant s'ajouter à la vulnérabilité du patient hospitalisé, dont le retentissement sur le sujet dépasse largement la sphère psychique avec une augmentation significative du risque de survenue d'événements indésirables liés aux soins. L'application d'un principe de précaution tourné vers la prévention d'un risque collectif peut-elle ainsi reposer sur une stigmatisation des personnes et une privation des libertés individuelles? Peut-elle être considérée comme légitime alors qu'elle ne répond ni au critère de proportionnalité ni à celui de justice requis pour toute mesure de santé publique ? En dépit de l'absence de jurisprudence à ce jour, se pose inévitablement la question de la responsabilité susceptible d'être engagée dans l'hypothèse d'une plainte déposée par un patient pour perte de chance. Il convient également de discuter la place du médecin dans notre société et son autonomie dans la prise de décision médicale.

**Titre :** « *Contention en psychiatrie : création et destruction de liens* »

**Auteurs :** J. BAGUR\*, D. MALICIER\*, \*\*, P. VACHER\*, \*\*, G. MAUJEAN \*, \*\*, \*\*\*

**Affiliations :** \* Institut de Médecine Légale, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon

\*\* Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon

\*\*\* Laboratoire d'Ethique Médicale et de Médecine légale, Faculté de Médecine Paris-Descartes, Paris

**Email :** [jacques.bagur@chu-lyon.fr](mailto:jacques.bagur@chu-lyon.fr)

### **Introduction :**

Jusqu'à la fondation de la psychiatrie asilaire de Pinel à la fin du XVIIIe siècle, le malade mental était enchaîné afin de protéger la société « normale ». Bien que cela ait constitué une révolution humaniste dans le champ du traitement des maladies mentales, Esquirol écrivait quelques années plus tard : « Les aliénés doivent être isolés pour leur sûreté, pour celle de leur famille et pour l'ordre public ». Aujourd'hui, la loi autorise la contention physique d'un patient présentant des troubles mentaux le rendant dangereux pour lui-même ou pour les autres. Celle-ci est définie par l'ANAES comme l'utilisation de tous les moyens qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire du sujet, dans le seul but d'obtenir une sécurité physique pour une personne présentant un comportement dangereux ou mal adapté. Son indication et son utilité ne cessent d'interpeller les soignants et de faire débat, en dépit d'une littérature scientifique peu abondante.

### **Matériel & Méthodes :**

A travers plusieurs vignettes cliniques, une réflexion sur le bien-fondé et les enjeux éthiques de la contention physique en psychiatrie sera amorcée, du point de vue du patient et de celui des soignants.

### **Résultats :**

Les situations présentées illustrent les enjeux éthiques posés par la contention en psychiatrie. Ainsi, le patient schizophrène en quête de rassemblement formule le désir d'être contenu pour lutter contre la dissociation, tandis que la patiente agitée suite à son attente aux urgences finit par être contenue dans un souci de tranquillité du service. Les positions antagonistes des équipes de soins en pédopsychiatrie vis-à-vis de la contention soulignent également la difficulté de l'évaluation de la dangerosité de l'enfant présentant un trouble psychiatrique. Enfin, le cas particulier d'un patient hospitalisé sous la contrainte, atteint d'un trouble psychiatrique décompensé et d'une affection somatique nécessitant une prise en charge spécialisée, montre les limites de l'encadrement légal de la contention et des soins par la demande d'un tiers en général.

### **Discussion :**

Il nous paraît intéressant de relever que le législateur n'a pas prévu de cadre légal général sur l'usage des contentions par les intervenants du domaine médical dans le champ de la psychiatrie. Les patients doivent être considérés comme des êtres humains libres et égaux en droits, doués de raison et de conscience et devant agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité comme le prévoit la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Ces principes ne paraissent pas être respectés par la prescription d'une contention physique. En effet, cette méthode de soins induisant

une privation de liberté pose de sérieuses interrogations sur le respect de la dignité de la personne et de ses droits fondamentaux, compte tenu de la subjectivité liée à l'évaluation de la dangerosité d'un individu.

Certains soignants envisagent la contention physique comme une sécurité pour eux-mêmes, d'autres comme un traitement nécessaire au bien-être du patient, tandis que ses détracteurs la perçoivent comme une méthode inhumaine abusive assimilée à une grande violence. Cette contention peut créer un lien entre soignant et patient ou à l'opposé, détruire une relation de confiance pourtant nécessaire à chaque prise en charge médicale.

Concernant l'intention de protéger le patient, est-il éthique d'attacher une personne qui ne représente pas un danger pour elle-même mais pour les soignants ? La violence véhiculée par l'acte de la contention physique place le médecin dans une position difficile d'un individu omnipotent détenteur d'un pouvoir de privation de liberté quasi judiciaire sur un autre individu, sans que le cadre légal ne le conforte clairement dans cette position.

Au-delà de ces questions, se discute un point essentiel auquel chaque acteur travaillant en santé mentale est susceptible d'être confronté un jour : que faire face à une contention physique jugée inutile et donc abusive ? L'isolement de l'aliéné, quand il n'est pas contenu, est-il vraiment plus tolérable dans une institution de santé sans pouvoir judiciaire ?

### *Conclusion :*

La contention physique représente un outil thérapeutique à double tranchant dont les modalités juridiques restent mal définies. Son utilisation nécessite une réflexion collégiale en équipe dont les décisions doivent s'adapter à chaque cas, pratique souvent peu réalisable dans le domaine des soins d'urgence.

*Mots clés:* contention, psychiatrie, éthique médicale, médecine légale

*Titre :* « **Isolement et contention en établissement de santé : quels fondements juridiques ?** »

*Auteurs :* R. BOUVET 1,2, M. ABONDO 1, M. LE GUEUT 1,2

*Affiliations :* 1 Centre hospitalier universitaire, service de médecine légale, Rennes  
2 Université de Rennes 1, faculté de médecine

*Email :* [renaud.bouvet@chu-rennes.fr](mailto:renaud.bouvet@chu-rennes.fr)

La licéité de l'acte médical repose sur deux conditions cumulatives : la nécessité médicale de l'acte et le consentement de la personne. Le consentement, pour être reçu, doit être recevable. La condition du consentement est donc caduque s'il ne peut être reçu, soit en raison d'une situation d'urgence, soit en raison d'une impossibilité à consentir, qu'elle relève d'un état pathologique physique ou psychique ou encore de la minorité d'âge.

Le législateur a envisagé plusieurs dispositifs permettant, selon le contexte, de s'affranchir du consentement de la personne à l'acte médical nécessaire. Le régime des soins psychiatriques sans consentement en est une illustration ; les soins pénalement ordonnés – obligation et injonction de soins, injonction thérapeutique – ne s'envisagent pour leur part que dans le contexte de poursuites pénales.

La mise en œuvre de mesures d'isolement ou de contention en établissement de santé dépasse la question et donc le cadre juridique des exceptions au consentement à l'acte médical. Deux domaines d'application sont étudiés dans le cadre de cet atelier : l'isolement dans un contexte de pathologie infectieuse et le placement à l'isolement lors d'une hospitalisation en psychiatrie.

L'isolement en contexte septique ne justifie a priori pas de mesure de contrainte si le patient, informé du risque pour autrui, consent à limiter ses déplacements au strict nécessaire. La question de la contrainte peut cependant s'envisager dans le cas du refus de soins, du fait du risque infectieux pour des tiers. Cette question est récurrente en matière de tuberculose et devient particulièrement délicate en cas de résistance aux antituberculeux. La possibilité d'imposer des soins ou un isolement nourrit depuis plusieurs années les réflexions des instances de santé publique françaises, sans qu'aucun dispositif n'ait pu être mis en place, alors que les expériences étrangères européenne ou américaine ont montré l'efficacité de mesures contraignantes.

Le recours à des mesures de police administrative fondées sur la législation relative aux menaces sanitaires graves a cependant permis – hors situation d'épidémie – d'imposer des mesures d'isolement, selon les principes traditionnels de nécessité et de proportionnalité des mesures au risque. Cette solution n'a cependant, à ce jour, pas fait l'objet du contrôle du juge de l'excès de pouvoir.

L'isolement en psychiatrie, entendu comme le placement en chambre d'isolement, se distingue de l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie. Ce placement peut être accompagné de moyens de contention, qu'ils soient physiques (mécaniques) ou chimiques (médicamenteux).

Le régime juridique de ces mesures est difficile à cerner. Il s'agit ici, nonobstant le caractère contraint de l'hospitalisation, d'une limitation à la liberté d'aller et venir garantie par la Constitution, reposant sur une décision médicale qui n'est pas soumise au contrôle du juge. Si les principes de nécessité, de proportionnalité et de respect de la dignité sont rappelés dans les référentiels professionnels, aucune disposition législative ou réglementaire n'encadre spécifiquement ces mesures. Le placement en chambre d'isolement étant considéré comme une composante de la prise en charge psychiatrique à visée thérapeutique, il convient donc d'en apprécier l'opportunité au regard des données acquises de la science qui, seules, peuvent motiver la décision médicale. Cette exigence nous semble capitale, en ce qu'elle prévient l'isolement coercitif et garantit la dignité et les droits du patient.

*Mots clés* : isolement, contention, consentement, droits fondamentaux

**Titre :** « Deux cas de mort subite secondaires à une micro angiopathie tumorale compliquant un cancer gastrique »

**Auteurs :** M. BEN KHELIL, M. SHIMI, M. ALLOUCHE, F. GLOULOU, M. ZHIOUA ,M. HAMDOUN M.

**Affiliation :** Service de Médecine Légale. Hôpital Charles Nicolle. Tunis. Tunisie

**Email :** [benkhelimehdi@yahoo.fr](mailto:benkhelimehdi@yahoo.fr)

Nous présentons deux cas de carcinome gastrique associé à des thromboses des artères pulmonaires sur micro angiopathie tumorale. Le premier cas est un homme de 28 ans.

Il était mort d'une insuffisance respiratoire. L'autopsie a révélé outre un syndrome asphyxique intense, une masse indurée blanchâtre envahissant la paroi de l'estomac. Les examens histologiques ont montré un aspect de carcinome gastrique à cellules indépendantes, une miliaire carcinomateuse des poumons, une micro angiopathie tumorale avec importante thrombose des artères pulmonaires.

Le deuxième cas est femme enceinte âgée de 24 ans. Elle aurait présenté des nausées et des épi gastralgies qui ont été considérés en rapport avec sa grossesse. Elle était morte d'une insuffisance respiratoire, à 10 heures après un accouchement par voie vaginale. L'autopsie a révélé l'absence de toute cause de décès liés à la grossesse et la présence d'une masse indurée blanchâtre de l'estomac. L'examen histologique a montré des résultats similaires au premier cas. La micro angiopathie tumorale des artères pulmonaires est une complication connue mais rare des tumeurs abdominales solides. Nos cas sont intéressants du fait de l'importance de cette micro angiopathie ainsi que pour les âges jeunes de nos sujets.

**Mots clés :** mort subite, micro angiopathie tumorale, cancer gastrique, Autopsie

**Titre :** « La mort subite cardiaque d'origine vasculaire : étude épidémiologique »

**Auteurs :** N. HAJ SALEM, M.A. MESRATI, A. AISSAOUI, A. CHADLY

**Affiliation :** Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie)

**Email :** [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

**Introduction :**

La mort subite cardiaque d'origine vasculaire est une cause rare de décès. Elle détermine une mortalité importante dans les pays en voie de développement en dehors d'une prise en charge

spécialisée. Les étiologies sont nombreuses et dépendent de l'âge.

Nous nous proposons de décrire les particularités typologiques de la mort subite cardiaque d'origine vasculaire ainsi que ses facteurs prédisposants.

### *Matériel et Méthodes :*

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, concernant 22 cas de mort subite d'origine vasculaire de l'adulte durant une période de 8 ans (2004-2012). Les corps ont fait l'objet d'une autopsie médico-légale au Service de Médecine Légale du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. L'autopsie et l'examen anatomo-pathologique ont permis de confirmer l'origine vasculaire du décès.

### *Résultats :*

Durant la période de 8 ans, nous avons colligé 490 cas de mort subite de l'adulte. La mort subite cardiaque a été retrouvée dans 361 cas (73.6%). Les causes vasculaires du décès ont été notées dans 22 cas (6 % des morts subites cardiaques). L'âge moyen de notre population d'étude était de 55.5 ans avec une électivité masculine (sexe ratio de 6). Dans 6 cas, des antécédents cardio-vasculaires (diabète et HTA) ont été rapportés. Un seul sujet était suivi pour maladie de Behçet et anévrisme pulmonaire traité par embolisation. L'autopsie a permis de mettre en évidence une rupture d'anévrisme aortique dans 9 cas (42.8%), une embolie pulmonaire dans 7 cas (33.3%) et une dissection aortique dans 5 cas (23.8%) et une coarctation de l'aorte dans un seul cas. Dans 5 cas, le décès est survenu suite au décours d'un effort physique. Les signes prémonitoires étaient dominés par la sensation de malaise (8 cas) et une douleur thoracique (6 cas).

### *Conclusion :*

Plusieurs facteurs de risque déterminent la mortalité cardiaque d'origine vasculaire. Ceci sollicite des mesures de prévention afin de diminuer l'incidence du décès.

*Mots clés :* mort subite- dissection aortique- embolie pulmonaire- coarctation aortique

*Titre :* **« La mort subite d'origine ischémique chez les femmes dans le nord de la Tunisie : épidémiologie et facteurs de risque. »**

*Auteurs :* M. SHIMI 1, M. ALLOUCHE 2, M. BEN KHELIL 2, M. ZAAFRANE 2, M. ZHIOUA 2, M. HAMDOUN 2.

*Affiliations :* (1) Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Unité de Greffe d'Organes.  
(2) Hôpital Charles Nicolle Tunis, Service de Médecine Légale.

*Email :* [benkhelimehdi@yahoo.com](mailto:benkhelimehdi@yahoo.com)

La mort subite est définie selon l'OMS comme étant «une mort naturelle d'un individu pour lequel le délai entre le premier symptôme alarmant et la mort est inférieur à 24 heures» ; elle représente la plus grande partie de l'activité thanatologique en médecine légale.

Plus de la moitié des morts subites sont d'origine cardiaque et, la mort subite cardiaque d'origine ischémique est la plus fréquente, tous âges confondus, variant selon les études entre 40% et 80%

(5-8).

Nous nous sommes penchés sur la mort subite d'origine ischémique chez la femme car bien qu'elle soit moins fréquente que chez les hommes, elle représente certaines spécificités épidémiologiques liées essentiellement aux habitudes et à l'hygiène de vie de la femme en Tunisie.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service de médecine légale de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 24 mois allant d'Octobre 2009 à Septembre 2011.

Durant cette période, 40 cas ont été enregistrés parmi 542 cas de mort subite d'origine cardiaque et 276 cas de mort subite d'origine ischémique. Malgré une prédominance masculine, les facteurs de risque tels que l'obésité, la sédentarité, le diabète et l'hypertension artérielle sont beaucoup plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Nous nous proposons à travers cette étude de décrire les constatations autopsiques, d'étudier l'épidémiologie et les facteurs de risque relatifs à la mort subite d'origine ischémique chez les femmes dans le nord de la Tunisie ainsi que de mettre en exergue les anomalies liées aux habitudes et à l'hygiène de vie.

*Mots clés :* Mort subite cardiaque, ischémie, autopsie, épidémiologie, facteurs de risque.

*Titre :* « **Mort subite et dopage (difficulté diagnostique à propos d'un cas)** »

*Auteurs :* M. DJILALI MERZOUG, O. HADJAZI, M.NOUN, M. BENRABAH, L.BELHADJ, A.BOUBLENZA

*Affiliation :* Service de Médecine Légale et de Réanimation du CHU de Sidi Bél-Abbès

*Email :* [hadilahmed13@yahoo.fr](mailto:hadilahmed13@yahoo.fr)

#### *Introduction:*

Le dopage à l'heure actuelle constitue un phénomène très difficile à gérer chez les sportifs professionnels, mais encore plus difficile chez les amateurs, malgré le fait que les États fassent d'énormes efforts pour le combattre, il fait hélas toujours des victimes.

#### *Problématique:*

Le contact direct avec les victimes du dopage aux UMC et aux services de soins intensifs rend les accès aux soins imprévisibles du fait de l'interrogatoire inapproprié dans notre cas : la victime se présente pour des douleurs thoraciques d'installation rapide et inexplicé (jeune homme âgé de 29 ans, sportif amateur). Les chiffres alarmants de la lyse cellulaire et surtout du myocarde nous ont orientés vers une lésion cardiaque profonde. La victime décède 06 heures après. Le constat de mort indéterminée a été délivré. Une autopsie médico-judiciaire a été réalisée.

#### *Résultats:*

Les résultats obtenus sont en faveur d'une intoxication chronique aux produits dopants.

#### *Conclusion:*

Actuellement le dopage constitue un fléau non contrôlable par toutes les institutions internationales chez les professionnels mais aussi chez les amateurs où les choses s'aggravent de plus en plus.

*Titre :* « **Étude statistique sur le phénomène d'immigration clandestine « HARRAGA » »**

*Auteurs :* O. KEMENI, N. GASMI, M. SOUAG, S. BOUMESLOUT, N. AYADI, A.R. HAKEM

*Affiliation :* CHU d'Oran

*E mail :* kemeniomar@yahoo.fr

### *Définition:*

L'étymologie du mot « harrag » en dialecte algérien veut dire : celui qui brûle quelque chose : « Harragas » ce sont les personnes qui quittent clandestinement l'Algérie avec pour objectif de gagner l'Europe, en risquant leur vie sur des embarcations de fortune.

### *Objectifs :*

- Évaluation du nombre de « harraga » admis au sein du service de médecine légale du C.H.U. d'Oran
- Une étude statistique sur le phénomène « Harraga »
- Prévalence des « harragas » présentés par la sûreté nationale d'Oran au niveau du service de médecine légale du C.H.U. d'Oran.
- Étude du profil du « harrag »

### *Matériels et méthodes*

- La collecte des données : faite avec la participation des médecins du service de médecine légale lors de l'examen médical en garde à vue.
- Logiciel Epi-info 7 (analyse et interprétation des données).
- La durée de notre étude s'est étalée sur quatre mois de septembre à décembre 2009.
- La population d'étude est composée de 105 « harragas. »

### *Résultats :*

- Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée durant une période de quatre mois.
- La population de l'étude a concerné 105 cas de « harragas » Algériens reconduits dans leur pays d'origine par les autorités Espagnoles dans le cadre d'un accord d'association entre l'Algérie et l'UE (art 84).
- Tous les « harragas » ont subi un examen médical après garde à vue, suite à une procédure légale imposée par la justice. Ils ont été examinés par les médecins du service de médecine légale du CHU d'Oran

**Titre :** «*Strangulation, syndrome asphyxique et putréfaction : la difficulté d'un diagnostic médico-légal* »

**Auteurs :** S. LARIBI, A. OUSSADIT

**Affiliation :** Université de Tlemcen, faculté de médecine

**Email :** [laribi\\_taibi@yahoo.fr](mailto:laribi_taibi@yahoo.fr)

La putréfaction est reconnue et redoutée depuis longtemps comme un obstacle important aux constatations médico-légales.

Dans le cas d'espèce présenté, la mise en évidence macroscopique ou microscopique d'un syndrome asphyxique est problématique, sinon très aléatoire.

Souvent seuls, la levée de corps et l'examen orientent vers une strangulation au lien, par la présence du lien au tour du cou.

Peut-on se suffire de ces seuls éléments ?

**Titre :** «*Étude victimologique de l'homicide entre partenaires intimes en Tunisie* »

**Auteurs :** F. GLOULOU a,b, O. GABSI DAHMANI b, O. BEKIR a, M. SHIMI a, M. ALLOUCHE a,b, M. HAMDOUN a,b

**Affiliation :** a : Service de Médecine Légale de Tunis, CHU Charles Nicolle, Tunis. Tunisie  
b : Faculté de Médecine de Tunis. Université de Tunis El Manar. Tunisie

**Email :** [fgloulou@yahoo.fr](mailto:fgloulou@yahoo.fr)

#### **Introduction :**

L'homicide commis sur un partenaire intime est un des crimes qui a longtemps choqué et qui continue de choquer l'opinion publique par la transgression suprême, irrémédiable, de cette relation intime, censée être une des plus sécurisantes. Les conséquences d'un tel acte sont d'autant plus dramatiques qu'il y a des enfants issus de cette relation intime. Connaître quelles sont les personnes susceptibles de devenir les victimes de ce type de violence peut aider à instaurer des actions de prévention ciblées.

#### **Matériel et Méthodes :**

Nous avons procédé à une étude rétrospective sur dix ans (du 01 janvier 2001 au 31 décembre 2010) portant sur tous les cas des victimes d'homicide commis par un partenaire intime qui ont été autopsiées au service de médecine légale de Tunis. Un partenaire intime a été défini comme étant une personne de sexe différent à laquelle on est lié par un rapport matrimonial, quasi matrimonial ou amoureux, que cette relation de couple ait duré quelques semaines ou des années, qu'elle soit actuelle ou rompue.

Les données relatives aux victimes ont été collectées auprès des familles, dans les rapports d'autopsie des victimes, les rapports d'enquête de la police judiciaire et les dossiers judiciaires quand ils étaient disponibles.

Les paramètres étudiés étaient le sexe, l'âge, le niveau éducationnel, le statut socio-économique, la nature de la relation avec l'agresseur, la présence d'enfants dans le couple, la présence d'antécédents de violence dans le couple, le lieu de l'homicide et le motif de l'homicide.

### *Résultats :*

61 cas d'homicide entre partenaires intimes ont été recensés sur les dix années de notre étude, ce qui correspondait à 7,7% du nombre total des homicides recensés durant la même période. La plupart des victimes étaient de sexe féminin (82%), âgées en moyenne de 34,8 ans (de 19 à 60 ans), ayant un faible niveau d'éducation, un faible niveau socio-économique (77,1%) et n'ayant pas de profession (70%).

La plupart des victimes étaient mariées à leur agresseur (69,5%) avec une durée de mariage comprise entre 6 mois et 23 ans. La majorité des homicides ont eu lieu durant les 5 premières années de mariage (47,9%) avec un pic durant la première année (26%). Un peu plus de la moitié des couples (56,8 %) n'avaient pas d'enfants issus de cette relation de couple. Dans 68% des cas, la victime était plus jeune que son agresseur (médiane entre 4 et 7 ans d'écart) et elle était alors exclusivement de sexe féminin. Dans 78,8% des cas, des antécédents de violence au sein du couple ont été retrouvés, perpétrés exclusivement par les hommes. L'homicide avait eu lieu dans la plupart des cas au domicile du couple (73,6%), le soir (75,5%). Il était commis dans 16,6% des cas en présence des enfants du couple. Les deux motifs principaux de l'homicide commis par les hommes étaient la suspicion d'infidélité et la séparation (63,6%). L'homicide commis par les femmes était motivé par la violence exercée sur elles par leurs victimes (44,4%), les faisant ainsi basculer du statut de victime à celui d'agresseur.

### *Conclusion :*

Les victimes de l'homicide commis par un partenaire intime de notre série étaient majoritairement de sexe féminin, d'âge jeune avec un faible niveau d'éducation et socio-économique, mariées à leurs partenaires, plus jeunes que leurs agresseurs, n'ayant pas d'enfants en commun, ayant déjà subi des violences de la part de leurs partenaires et finalement mortellement agressées si ces partenaires les soupçonnaient d'infidélité ou si elles s'en séparaient. Le soir, le domicile du couple était alors le théâtre de cet ultime accès de violence.

Des mesures d'éducation mais surtout de dépistage ciblant ces victimes potentielles devraient être mises en place et administrées par des acteurs de plusieurs disciplines (médecins, intervenants sociaux, judiciaires, associations d'aide aux victimes). A ce dépistage, des mesures de protection socio-judiciaire adaptées à ces victimes devraient s'associer afin de rompre le cercle de la violence et prévenir le passage à l'acte homicide.

*Mots clés :* homicide conjugal, violence conjugale, partenaire sexuel, victimisation

**Titre :** « Deux cas de suicide par pendaison chez l'enfant. Nouveau fléau à Oran? »

**Auteurs :** R. SERHANE, F. BENDJELID, A. ABOUBEKER

**Affiliation :** Faculté de médecine d'Oran -Algérie

**Email :** serhane.rafik@univ-oran.dz

### **Introduction :**

Le suicide demeure un phénomène s'inscrivant dans une réalité sociale bien qu'il soit considéré comme tabou.

Dans notre société, la réprobation du suicide est bien ancrée dans les standards culturels. De plus, il fait l'objet de condamnations morales et religieuses.

A Oran, le suicide par pendaison représente une cause de décès relativement fréquente. Cependant, tous les cas répertoriés jusqu'à présent ont concerné exclusivement des adultes. Mais un phénomène nouveau a émergé ces dernières années : il s'agit du suicide chez l'enfant.

### **Matériel et méthode :**

Dans notre communication, nous exposerons les 2 cas de suicide d'enfant qui ont attiré notre attention notamment par le procédé choisi : la pendaison. Ces deux cas ont été autopsiés dans le service de médecine légale de l'Établissement Hospitalier et Universitaire d'Oran durant l'année 2013. Ce travail sera agrémenté de photos.

### **Résultats :**

Le premier cas concerne une fillette âgée de 9 ans, l'ainée d'une fratrie de 4 enfants dont elle avait la charge pour se substituer à une mère souvent absente et se souciant peu du devenir de ses enfants.

Le deuxième cas concerne un garçon âgé de 10 ans dont le père travaillait à l'étranger pour subvenir aux besoins de la famille et la mère était quasiment absente.

**Mots-clés:** suicide - pendaison - enfants - nouveau phénomène

---

**Titre :** « Causes de décès des personnes âgées dans un service de médecine interne »

**Auteurs :** W. THALJAWI(1) , M. JEDIDI (1), A. ATIG (2), M .K. SOUGUIR (1), M. BEN DHIAB (1), F. BAHRI (2)

**Affiliations:** (1) Service de médecine légale- CHU Farhat Hached – Sousse – Tunisie  
(2) Service Médecine Interne - CHU Farhat Hached – Sousse – Tunisie

**Email :** thaljawiwathek@yahoo.fr

### *Introduction :*

Les personnes âgées, éléments vulnérables dans la société, de par le vieillissement physiologique mais aussi par l'impact des maladies dont elles sont atteintes, sont les plus sujettes au décès ; fin du processus vital.

### *Objectif :*

Étudier les particularités du décès chez les personnes âgées au cours de leurs hospitalisations dans un service de médecine interne.

### *Méthodes*

Il s'agit d'une étude rétrospective, colligeant les cas de décès survenant chez les personnes âgées (âge > 65 ans) dans le service de médecine interne de l'Hôpital Farhat Hached sur une période de 4 ans (2009-2012)

### *Résultats*

48 décès ont été colligés durant la période de 04 ans dont 23 décès ont été constaté chez des personnes âgées (47 %). L'âge moyen des personnes âgées décédées est de 78,13 avec des extrêmes allant de 65 ans jusqu'aux 96 ans et 52 ,17% sont de sexe féminin.

69.09 % personnes âgées décédées ont des antécédents cardio-vasculaires, 26 % des antécédents respiratoires et 13 % sont sans antécédents notables.

Le décès est survenu durant la première hospitalisation dans 78.26 % des cas et, dans 52.17 % des cas, il est en rapport avec le motif d'admission. Le pronostic est péjoratif dès l'admission chez 43.47% des personnes âgées.

Les causes du décès chez les personnes âgées sont réparties en causes infectieuses (30.43%), respiratoires (26.08%), cardio-vasculaires (21.73%) et indéterminées (21.73%). Ces morts sont toutes des morts naturelles.

Le délai moyen entre la survenue du 1er symptôme et le décès est de 44.54 jours avec des délais variant entre 01 jour et 101 jours et le délai entre l'admission et le décès est en moyenne de 12.36 jours avec des extrêmes entre 01 jour et 51 jours.

Une intervention des réanimateurs a été constatée chez 73.91% des cas, les autres ont été découverts décédés dans leur lit.

L'autopsie n'a pas été demandée dans aucun cas des décès constatés

### *Conclusion :*

La prise en charge des personnes âgées est souvent difficile, une action précoce et efficace pourrait diminuer le taux des décès.

*Mots clés :* personnes âgées, décès, vieillissement

*Titre:*            **« Forensic anthropology analysis of thirty skeletons from a mass grave in southeast necropolis from archaeological site SKUPI»**

*Auteurs :*        A. STANKOV 1, F. VELJANOVSKA 2, L. CHAKAR 1, L. JOVANOVA 3, M. GRAORKOVSKA-VELOVA 4, A. DUMA 1

*Affiliations:*   1 Institute of forensic medicine, criminalistics and medical deontology, Medical Faculty, University Ss. Cyril and Methodius, Skopje, R. Macedonia  
2 National Archaeological Museum, Skopje, R. Macedonia  
3 Museum of the city of Skopje, Skopje, R. Macedonia  
4 Physical anthropologist

*Email :*            *astankov@medf.ukim.edu.mk*

### *Introduction*

Skupi is the largest Roman city in the Republic of Macedonia, and the only one with the status of a Roman colony, which is the highest rank that a self-provincial Roman town could get. For the first time in the history of this area, a real city was formed with all urban and cultural features of the highly developed Roman cities. Outside the enclosure wall, on all four sides, was the necropolis' city. The biggest was the southeast necropolis. In the section of the cemetery covered by archaeological research in 2011, burial pit was discovered with irregular semicircular forms in which were buried by 180 to 200 bodies. Detected movable material at this stage of exploration, exposure can be dated from I to III centuries, which means that the Terminus post quem for mass burial could be dated at second half or the end of the III century. The location of the burial pit, the way of burial and position of the skeletons, are evidence of societal rejection of the dead, or some form of excommunication from the local community or non-affiliation to it.

### *Materials and methods*

The anthropological and forensic analysis includes the first thirty skeletons from a mass grave. Sex and age were determined. Skulls and long bones were measured. Epigenetic variations are monitored either pathological traces of skeletons. Forensic medical analysis focused on: establishing the existence of antemortem and perimortem injuries, the manner of occurrence of injury, type of injure and the cause of death.

### *Results*

Paleodermographical characteristics: All skeletons belong to the male gender. The age ranges from juvenile (15-21 years) to 45 years. Most (77 % ) are adults category (21-40 years). Close to half (47 %) were aged 30-40 years. Three skeletons were juvenile (13 % ), and four aged 40-45 years (10%). The average age of the group was 33.7 years.

Anthropo-morphological characteristics: 20 skulls were measured. The three skeletons were without skulls and seven without possibility of reconstruction. In fact 50% were brachycranial, and mesocranic and dolichocranic are represented by 25%. Body height is determined by all adults of 27 skeletons. The range is from 165.5 cm to 177.0 cm. From anthropological types, most of them were Mediterranean and Dinaro-Mediterranean.

Paleopathological profile of group: We discovered numerous pathological findings. Ante mortem trauma, congenital anomalies and dental irregularities dominate. Less frequently were infectious processes and bone tumors. Anemia is found only in a few cases. Antemortem fractures of the skull and long bones were found in half of the skeletons. Perimortal injuries resulted in 26 examined skeletons. Injuries were caused by sharp (76.6 % of the total number) and blunt force. The most frequent localization of the injuries inflicted by the sharp force was on vertebral column between first cervical and eighth thoracic vertebra. Other parts of the skeleton that had these injuries are the branches of the lower jaw, a skull. Possible causes of death prevail: decapitation, injury of neck organs and structures and injuries to organs in the chest cavity.

### *Conclusions*

The demographic profile indicates that the examined group were soldiers. For now, it is likely to be part of the local population of Skupi. The majority of skeletons have perimortem injuries caused by sharp and blunt force. According to the localization of the injuries (neck and chest-localization of vital organs) we may conclude that the intention of the perpetrator or perpetrators was certain death of victims.

*Key words:* Skupi, Forensic anthropology, Mass grave

**Titre :** « *Cryogénie et Médecine Légale* »

**Auteurs :** A. TCHIKOU\*, A. BENHARKAT \*\*

**Affiliation :** Université de Médéa, Algérie \*  
Service de médecine légale CHU Constantine, Algérie\*\*

**Email :** [benshcou@yahoo.fr](mailto:benshcou@yahoo.fr)

La cryogénie (étude et production des basses températures) possède de très nombreuses applications notamment dans les secteurs agroalimentaire, médical, de la médecine légale et de la criminalistique, de la cryoconservation, de la biologie, de la restauration des documents humides (lyophilisation) etc...

Il est admis, par ailleurs, que les manipulations hasardeuses, dues à une méconnaissance des propriétés cryogéniques, peuvent conduire à une détérioration des prélèvements voire à une véritable tragédie (asphyxie, brûlures cryogéniques, blast syndrome ...).

Partant de là, nous rapportons quelques observations pour illustrer d'un côté l'intérêt des procédés cryogéniques en criminalistique et en médecine légale et d'un autre côté les conséquences d'une mauvaise conservation des débris, tissus et autres prélèvements ou de la mauvaise utilisation de l'azote liquide à titre d'exemple.

**Mots clés :** cryogénie, médecine légale, lyophilisation, azote liquide.

\*MSc., PhD en cryogénie, Enseignant chercheur à l'université de Médéa

\*\*Chef de service de médecine légale .CHU Constantine. Algérie

**Titre :** « *Tests PSA et cadavres masculins : évaluation et recommandations.* »

**Auteurs :** G. SCHMIT<sup>1,3</sup>, D. HOTON<sup>2</sup>, S. ADAMIS<sup>3</sup>, F. BONBLED<sup>1</sup>

**Affiliation :** <sup>1</sup>Médecine Légale, Cliniques Universitaires St-Luc, Bruxelles, Belgique  
<sup>2</sup>Anatomie Pathologique, Cliniques Universitaires St-Luc, Bruxelles, Belgique  
<sup>3</sup>Unité d'expertise génétique GENEX, Bruxelles, Belgique

**Email :** [gregory.schmit@uclouvain.be](mailto:gregory.schmit@uclouvain.be)

**Introduction et but :**

Après la découverte du corps putréfié d'un homme dans le cadre d'une affaire criminelle, nous avons réalisé un écouvillon anal au vu du contexte de la découverte du corps. Le test PSA réalisé à partir de cet écouvillon s'est avéré positif mais seul le profil génétique de la victime a été mis en évidence.

Nous avons donc voulu savoir s'il y avait un lien entre la présence de PSA et le degré de putréfaction du cadavre.

#### *Matériel et méthode :*

Nous avons réalisé des écouvillons anaux sur 40 cadavres masculins avec des délais post-mortem différents. Pour chaque cas, nous avons réalisé 3 écouvillons : un pour le test PSA, un pour la recherche de spermatozoïdes et un pour l'établissement du profil génétique. Un échantillon sanguin de référence a également été prélevé.

#### *Résultats et discussion :*

Les tests PSA se sont révélés positifs dans la grande majorité des cas, indépendamment du délai post-mortem. Dans tous les cas, seul le profil génétique de la victime a pu être mis en évidence. Les tests PSA ne devraient donc pas être utilisés comme test d'orientation ou test indicateur de la présence de sperme en cas de suspicion d'agression sexuelle lorsque l'on se retrouve face à un cadavre masculin.

**Titre :** « *Syndrome de Philémon et Baucis fraternel : à propos de deux cas* »

**Auteurs :** A. DELBREIL, M. LEBEAU, M. VOYER, T. HOUPERT, M. SAPANET

**Affiliation :** Institut de médecine légale - Faculté de Médecine, Université de Poitiers –  
CHU La Milétrie

**Email :** [alexia.delbreil@gmail.com](mailto:alexia.delbreil@gmail.com)

Philémon et Baucis, personnages de la mythologie grecque, forment un couple âgé. Ils vivent ensemble depuis de nombreuses années, modestement, et désirent ne pas être séparés dans la mort. Zeus les exauce, ils meurent en même temps et sont changés en arbres qui mêlent leurs branchages. Leur histoire constitue un symbole de l'amour conjugal.

Dans le domaine médico-légal, la découverte de la mort simultanée de deux personnes sur un même lieu est suspecte jusqu'à preuve du contraire. L'ouverture d'une enquête et la réalisation d'actes médico-légaux tels qu'une autopsie sont indispensables pour éclaircir les circonstances de décès et éliminer une origine criminelle. Ciesiolka et al. en Allemagne en 2007 puis Delannoy et al. en France en 2013, décrivent au total cinq cas de couples mariés dont les membres sont décédés de manière simultanée, en l'absence d'éléments traumatiques ou suspects. Dans les cinq cas, il s'agit de couples âgés (environ 80 ans) où une cause médicale permet d'expliquer le décès d'au moins l'un des deux membres du couple. Les éléments concernant le décès de la seconde personne sont en faveur d'une origine médicale également, la plupart du temps cardiaque en présence de facteurs de risque cardiovasculaires connus et anciens. Le stress émotionnel intense provoqué par la disparition du conjoint apparaît alors comme le facteur précipitant le décès par une décharge catécholaminergique de la médullosurrénale au niveau myocardique ou coronaire. Ce type de décès chez les couples mariés a été qualifié de syndrome de Philémon et Baucis en référence à la mythologie.

Nous proposons ici de présenter deux autres cas de décès présentant des caractéristiques très similaires, ne concernant pas des couples mariés comme précédemment mais des frères et sœurs ayant toujours vécu ensemble dans une grande proximité. Le couple fraternel constitue dans ce contexte un équivalent conjugal « incestueux » où chacun semble dépendant de l'autre. Cette étude de cas montre que le syndrome de Philémon et Baucis pourrait ainsi s'élargir à une sphère familiale plus complexe, au sein de laquelle les personnes entretiennent des relations fusionnelles et de dépendance, de la même manière que dans le cadre conjugal.

*Mots-clés* : Syndrome de Philémon et Baucis, décès, stress, mort, syndrome coronarien

*Titre* : « **Le suicide en milieu hospitalier: à propos d'un cas** »

*Auteurs* : S. BOUMESLOUT, A. BOUCHAR, N. AYADI, A. ABOUBEKER\*, A.R. HAKEM

*Affiliation* : Service de médecine légale C.H.U. d'ORAN  
\*Service de médecine légale E.H.U. d'ORAN

*Email* : [selim\\_leg@yahoo.fr](mailto:selim_leg@yahoo.fr)

Le suicide en Algérie a connu ces derniers temps une nette recrudescence, il a été démontré que le risque de passage à l'acte est plus important chez les personnes qui présentent un problème de santé mentale (dépression majeure, schizophrénie...).

Les personnels médicaux et paramédicaux sont interpellés par cette réalité. Dans l'exercice de leur profession, ils sont souvent confrontés à des personnes qui présentent des idées suicidaires, qui se trouvent en état de crise ou qui ont tenté à leur vie.

Les auteurs proposent d'étudier un cas de suicide en milieu hospitalier particulièrement intéressant, survenu au niveau du service de cardiologie du C.H.U d'Oran. Les faits remontent au mois de juin 2013 où la victime est admise aux urgences cardiologiques pour une décompensation cardiaque. Le patient, âgé de 40 ans, est hospitalisé et pris en charge au niveau de l'unité de soins intensifs, l'évolution est favorable. Une semaine après son hospitalisation, il est découvert décédé dans son lit d'hôpital avec une arme blanche type "couteau de cuisine" implanté dans son thorax. Suite à cela, nous avons été réquisitionnés pour pratiquer une levée de corps suivie d'une autopsie judiciaire.

Nos constatations médico-légales ainsi que les éléments de l'enquête préliminaire menée par les services de police judiciaire ont conclu à un suicide.

Après enquête et investigation, il s'est avéré que la victime souffrait d'antécédents psychiatriques. Ceci nous amène à réfléchir et à proposer une démarche de prévention et de gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier par une équipe spécialisée formée d'infirmiers et de psychologues, capables de procéder au dépistage des sujets à risque et d'assurer leur sécurité par une surveillance clinique efficace.

*Mots clés*: Suicide- milieu- hospitalier- prévention- surveillance

*Titre :* « **Le suicide - À-propos de trois cas** »

*Auteurs :* F. GUEHRIA, Y. MELLOUKI, L. SELLAMI, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA

*Affiliation :* Service de médecine légale - Faculté de médecine Annaba (Algérie)

*Email :* [fguehria@gmail.com](mailto:fguehria@gmail.com)

### *Introduction*

Le suicide est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. Le suicide est souvent commis par désespoir, cause qui peut être attribuée à un trouble mental tel que la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie, l'alcoolisme ou l'abus de substances.

Les problèmes financiers ou les problèmes dans les relations humaines jouent souvent un rôle déterminant.

Chaque année, plus d'un million d'individus se suicident. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le suicide est la treizième cause de mortalité la plus fréquente dans le monde, et le National Safety Council le classe sixième des causes les plus fréquentes aux États-Unis.

Le suicide est la cause principale de mortalité chez les adolescents et adultes âgés de moins de 35 ans.

### *Présentation des cas*

1<sup>ère</sup> Cas :

Il s'agit d'une fille de 09ans qui a mis en scène sa propre mort en jouant à un jeu dangereux. Sous la surveillance de sa grand-mère, elle parvient à se pendre.

2<sup>ème</sup> Cas :

Il s'agit d'un professeur des écoles accusé d'abus sexuel sur des mineures, se donne la mort par pendaison dans la forêt en laissant ses proches sans explication.

3<sup>ème</sup> Cas :

Il s'agit d'un homme âgé de 71 ans qui s'est donné la mort par défenestration, dans un contexte d'une maladie cérébrale (angiopathie calcifiante cérébrale)

### *Discussion :*

Le suicide d'un parent, d'un ami ou d'un proche, reste une histoire douloureuse et difficile à vivre et à surmonter.

Le suicidé par son geste qui demeure un sujet tabou dans toutes les sociétés, provoque des blessures profondes et indélébiles dans la vie des proches et pour rendre « légitime » son acte, il est souvent évoqué une maladie mentale en premier lieu.

Nous avons rapporté trois observations de suicide où la maladie mentale n'est pas la cause du suicide.

Dans le premier cas c'est une enfant hyperactive, pleine de vie et sans idées suicidaires. Encore une fois les jeux dangereux, peuvent être à l'origine d'un drame familial.

Dans le second cas l'enseignant se donne la mort à la suite d'une plainte déposée par les parents de la fille pour relations « sexuelles illicites » avec leur fille.

Le suicide dans ce cas représente les aveux du suicidé et suscite la condamnation et la réprobation de ses proches.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une altération organique cérébrale spécifique ; dans notre cas il s'agit de calcification intracérébrale, et nous pouvons considérer la défenestration d'origine accidentelle.

### *Conclusion*

Le suicide est un phénomène complexe qui, de tous temps et dans toutes les cultures, a suscité des questions.

Le suicide est devenu un important problème de santé publique dans le monde.

Les scientifiques de tous les domaines s'intéressent à ce phénomène et tentent d'identifier les comportements à risque et d'apporter des réponses.

Déjà en 1855, M. Durand-Fardel écrivait que « l'idée du suicide est si peu compatible avec celle de l'enfance, qu'on se résigne difficilement à voir, dans leur rapprochement, autre chose qu'une monstrueuse exception ».

*Mots clés* : Suicide - Problème de santé publique - sujet tabou

*Titre :* « **Les violences sexuelles chez la femme : à propos de 305 cas** »

*Auteurs :* A. BELHOUSS, A. DAMI, I. JAMALI, A. BOUIMEJANE, H. BENYAICH

*Affiliation :* Service de médecine légale CHU Ibn Rochd Casablanca Maroc

*Email :* [belhouss.ahmed@gmail.com](mailto:belhouss.ahmed@gmail.com)

La violence sexuelle est un problème de santé publique courant et grave qui affecte des millions de femmes chaque année dans le monde. Elle est dictée par de nombreux facteurs qui agissent dans différents contextes économiques, sociaux et culturels.

A travers une étude rétrospective de 305 cas d'agressions sexuelles chez la femme adulte, colligés dans l'institut médico-légal du CHU Ibn Rochd de Casablanca, nous nous proposons d'étudier et de discuter le profil des victimes et des agresseurs et d'analyser les particularités épidémiologiques, diagnostiques et évolutives des agressions sexuelles.

La majeure partie des victimes est jeune avec un âge moyen de 21 ans, célibataire dans 68,82% des cas et d'une catégorie socioprofessionnelle basse ou surtout sans emploi dans 58,10% des cas.

L'agresseur est un homme jeune agissant seul dans 81% des cas et inconnu de la victime dans 52% des cas.

L'agression s'est déroulée dans un contexte de violence dans 97% des cas. L'agresseur a usé de menaces verbales dans 35% des cas, suivies par la menace par arme blanche dans 22% des cas. Le domicile de l'agresseur est le lieu de prédilection de l'agression (40,5% des cas), suivi de la voie et les lieux publics (36% des cas). Ces agressions prennent la forme de pénétrations sexuelles dans 92% des cas et d'attouchements sexuels dans 11% des cas.

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans l'aide aux victimes d'agression sexuelle, tant sur le plan médical que psychologique, et dans la collecte de preuves médico-légales.

*Mots clés :* violence sexuelle – femme adulte – pénétration sexuelle

*Titre :* « **Face aux conflits socio - familiaux résultant d'agressions sexuelles; quelle attitude doit adopter le médecin légiste?** »

*Auteurs :* A. ABBAS, K. TAHRAOUI, K. BOUSSAYOUD, M.S. LAIDL

*Affiliation :* Service de médecine légale, CHU Bab el Oued, Alger

*Email :* [abbasamel03@yahoo.fr](mailto:abbasamel03@yahoo.fr)

La prise en charge de jeunes filles victimes d'agressions sexuelles dans notre service de médecine légale soulève, dans certaines situations conflictuelles qui en résultent, propres à notre société méditerranéenne, des questionnements éthiques et déontologiques sur la nature de la mission du médecin et ses limites et sur le consentement de la victime à l'examen clinique. Cette prise en charge devenant ainsi un lieu de conflit de valeurs mettant en jeu plusieurs acteurs dont les principaux sont : la victime, sa famille, la justice et le médecin légiste.

**Titre :** « *Difficultés de la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles* »

**Auteurs :** A. SBAIHI - D. LAIDAOUI – A. MOSTEFAOUI - F. MERAH.

**Affiliation :** CHU Beni Messous

**Email :** [medlegale\\_2007@yahoo.fr](mailto:medlegale_2007@yahoo.fr)

Les agressions sexuelles ont tendance à constituer un véritable phénomène social, dont la prévention et la répression doivent retenir l'attention des intervenants aussi bien sur le plan médico-social que judiciaire.

Nos consultations en matière d'agressions sexuelles nous ont permis de relever quelques observations quant à la nature de ces actes dont la multiplication semble être en relation avec des phénomènes démographiques et socio-économiques.

Notre intérêt s'est porté sur la gravité de la situation des victimes de viol notamment en cas de grossesse, situation dans laquelle le médecin se trouve dans une position morale inconfortable face au vide juridique qui limite énormément les moyens d'intervention. A cela, il faut ajouter les coutumes et traditions, la morale religieuse qui font que les victimes présentant un état de détresse indiscutable sont contraintes à garder le silence par crainte du scandale, du déshonneur et de représailles de l'entourage familial.

A travers une étude statistique réalisée au service de médecine légale du CHU Béni Messous portant sur 05 années, nous soulèverons les difficultés de la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles et la nécessité d'une procédure qui exige la participation effective de multiples institutions médicales, sociales, administratives et judiciaires pour en assurer l'efficacité,

**Titre :** « *Etude des expertises des abus sexuels sur enfants et adolescents* »

**Auteurs :** L. ROBBANA; A .BELHADJ; S. OTHMEN; S. HALAYEM; F. CHARFI ; A BOUDEN

**Affiliation :** Service de pédopsychiatrie. Hôpital Razi, La Mannouba

**Problématique :**

Les agressions et les abus sexuels commis sur les enfants ont longtemps été considérés comme un sujet tabou et on en a même souvent nié l'existence. L'enfant est, selon le code de la protection de l'enfant en Tunisie, toute personne humaine âgée de moins de dix-huit ans et qui n'a pas encore atteint l'âge de la majorité par dispositions spéciales. Les campagnes de prévention des abus sexuels chez l'enfant ont entraîné une augmentation considérable des signalements à la Justice

avec pour corollaire une demande accrue d'examens médico-légaux et en particulier des expertises psychiatriques.

#### *But du travail :*

Dégager le profil des enfants victimes d'abus sexuel et de leur abuseur, décrire la symptomatologie clinique de ces enfants, décrire les difficultés rencontrées au cours des expertises d'enfants et adolescents en Tunisie et analyser le degré de concordance entre les questions posées par le juge et les réponses établies par l'expert.

#### *Méthodes :*

Etude rétrospective et descriptive de 28 expertises d'abus sexuel sur enfants et adolescents adressés au service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi sur une période allant du 1er Janvier 2008 au mois de décembre 2011.

#### *Résultats :*

L'âge moyen des mineurs expertisés était de 8,70 ans. Le sex-ratio (M/F) était de 1,15. 24 victimes vivaient en milieu urbain. Tous les abuseurs étaient de sexe masculin et étaient une personne familière à l'enfant. Le délai séparant l'expertise et le début des faits est de 18,64 mois. Au cours de l'abus sexuel, 10 mineurs ont été victimes de violence. La symptomatologie relevée chez les abusés était à type de difficultés scolaires (13 cas), humeur dépressive (13 cas), troubles du sommeil (14 cas), alimentaire (5 cas), somatique (1 cas), comportementaux (10 cas), des conduites sociales (1 cas), sphinctériens (4 cas), sexuels (3 cas), anxieux (4 cas), une demande de réparation (3 cas) et aucune symptomatologie dans seulement 2 cas. Nous avons relevé que le psychiatre expert n'a pas répondu à toutes les demandes formulées par le juge. Seuls 4 juges ont formulé la demande d'un suivi ultérieur mais le psychiatre expert a préconisé un suivi de l'enfant dans toutes les expertises.

#### *Discussion :*

Selon diverses études, la révélation des abus se faisait dans moins de 40% des cas. Il n'y a d'intervention de l'autorité médicosociale ou judiciaire que dans une proportion d'un cas sur 10 et est encore moindre pour les abus sexuels intrafamiliaux. Contrairement à une étude rétrospective réalisée à partir des registres juridiques des affaires d'agressions sexuelles commises dans une région du Centre-Est tunisien jugées de 1993 à 1998 qui avait démontré que 58% des victimes étaient de sexe féminin et aux données de la littérature, dans cette étude, le sexe ratio était de 1,15.

Les difficultés rencontrées au cours des expertises étaient de 2 ordres :

- Clinique : essentiellement en rapport avec une mauvaise intégration temporo-spatiale de certaines victimes. En effet le mineur a souvent un rapport particulier avec le temps : un espace temporel qui peut sembler court à un adulte représente « un siècle » pour un enfant.
- Ethique : l'expert s'est souvent trouvé tiraillé entre son rôle d'expert, son rôle de thérapeute ainsi que par le respect du secret médical. Mais aussi il a été confronté à plusieurs reprises à des demandes du juge qui dépassaient parfois son rôle d'expert. De ce fait, l'expert n'a pas répondu à

toutes les questions posées, certaines réponses pouvant conditionner les poursuites de l'auteur présumé de l'agression sexuelle.

### *Conclusion :*

La rencontre du mineur avec l'expert dépend de la manière dont elle est menée : elle peut renforcer l'impact traumatique ou au contraire revêtir une dimension thérapeutique. Le pédopsychiatre, en Tunisie, se trouve confronter non seulement au manque de moyens mais aussi au manque de réformes législatives. Des lois tunisiennes fixant une définition plus précise de l'abus sexuel sur mineur et les droits de ces mineurs s'imposent.

*Titre :* « **Violée mais accusée** »

*Auteurs :* R. GHACHEM, A. BOUASKER

*Affiliation :* Olfa Moula Tunis

*Email :*

M., âgée de 29 ans est étudiante en science politique et sociale. Sa vie sera transformée par ce 3/09/2012 entre 23 h et 2h du matin;

" J'étais avec mon ami dans la voiture de ma mère J'ai été arrêtée par trois hommes dans une voiture ils nous ont demandé de descendre de la voiture. Un d'eux a emmené mon ami dans ma voiture et les deux autres m'ont trainée dans leur voiture, j'ai été violé par ces deux hommes, je n'arrivais pas à émettre un son tellement j'étais effrayée ils m'ont cambriolée. Par la suite une fois relâchée j'ai eu le temps d'écrire leur numéro d'immatriculation et j'ai voulu porter plainte.

Cette entreprise a été un calvaire et j'ai eu à deux reprises dû être confrontée à mes violeurs puisque j'ai été mise dans la même salle qu'eux."

Le fait qu'elle a été confrontée à ses violeurs dans la même salle à deux reprises et toutes les difficultés qu'elle a rencontrées pour faire toutes les démarches de sa plainte, la responsabilité du malheur qu'elle a fait porter à sa famille sont insupportables. Pendant les premiers mois, devant sa famille, on parlait de ce fait divers sans que quiconque de la famille ne se doute que c'était elle la victime

Elle reçoit une convocation et elle est accusée d'attentat à la pudeur et toute sa vie intime est alors mise à nu.

Il y aura pour elle un avant et après ce 3 septembre.

C'est ce cas que nous allons essayer d'analyser et de décortiquer. L'état antérieur et la difficulté de le déterminer en psychiatrie est très bien illustré dans ce cas de « violée mais accusée ».

*Titre :* « **Le droit fondamental à la disposition du corps** »

*Auteur :* L. NETO

*Affiliation :* Faculdade de Direito da Universidade do Porto

*Email :* lneto@direito.up.pt

Le Droit opère un équilibre fragile entre les valeurs de la justice humaine et celles de la sécurité. Notre thème principal est celui de la disposition de son propre corps. Si le droit - maintenant examiné en termes subjectifs - est, dans une désignation connue, la permission normative spécifique du profit d'un bien, on vérifie qu'il n'y ait pas un objet plus important sur lequel cette permission puisse survenir.

On prétend à une vision multidisciplinaire et plurielle de la séquence vivencielle humaine dans toute sa dimension temporelle.

On privilégie l'abordage juridico-constitutionnel en concernant les droits fondamentaux, mais il est impossible de ne pas aborder, même que marginalement, les reflets civils ou pénaux de la discipline versante.

*Mots clé :* Corps – Dignité – Disposition

*Titre :* « **Questions posées par le don d'ovocytes dans le contexte français de pénurie** »

*Auteur :* F. TABOULET

*Affiliation :* Droit pharmaceutique et Économie de la santé - UMR 1027 Inserm - Université de Toulouse III

*Email :* [florence.taboulet@univ-tlse3.fr](mailto:florence.taboulet@univ-tlse3.fr)

En France, l'inadéquation de l'offre d'ovocytes à la demande amène un grand nombre de femmes à recourir à des établissements étrangers, si bien que la grande majorité de l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP) à partir de don d'ovocytes, réalisée pour des femmes françaises a lieu en dehors de nos frontières. Pour mieux faire connaître leurs services et recruter de nouvelles patientes, certaines de ces structures étrangères proposent une rémunération aux intermédiaires français qui leur enverraient des femmes en attente de don.

Le 14 janvier 2013, la Direction générale de la santé a envoyé une circulaire pour rappeler les grands principes éthiques qui fondent le dispositif juridique français et l'infraction pénale que les médecins commettraient en répondant à ces sollicitations, s'agissant d'un détournement de la loi française. En effet, dans la plupart des cas, ces pratiques contreviennent à nos normes de sécurité

sanitaire, transgressent les principes d'anonymat et de gratuité, et soulèvent d'inextricables problèmes d'équité.

Ce rappel à la loi est l'occasion d'approfondir les questions éthiques que pose le don de gamète et/ou le don d'ovocyte en tant que tel (I) et celles qui découlent, de manière conjoncturelle, de cette situation de pénurie de gamètes féminins (II).

### *I. Les questions éthiques posées par le don d'ovocyte*

La plupart des questions éthiques soulevées ne sont pas nouvelles ; elles ont été formulées bien avant que le législateur autorise ces dons en 1994 :

- les conséquences pour les parents biologiques, pour les parents d'intention et pour l'enfant à naître du fait de priver la filiation de son fondement biologique,
- la question insoluble de l'anonymat du donneur, amplement discutée lors des débats parlementaires préalables à la dernière loi de bioéthique de 2011,
- les effets de l'abandon de l'exigence que le donneur ait déjà procréé.

En revanche, les interrogations soulevées par la non-innocuité du don n'ont pas émergé car la fréquence et la gravité des effets indésirables que peut subir la donneuse lors de l'hyperstimulation et de la ponction d'ovocytes n'ont pas été mises en évidence. Cependant l'analyse des récents rapports d'AMP-vigilance montre que ces actes sont loin d'être anodins ; d'après le rapport de l'Igas, ils sont « sans commune mesure avec ceux consentis pour un don du sang ». Il faut donc s'interroger sur la protection de la santé de la donneuse. Ces risques sont-ils compatibles avec les principes d'inviolabilité et d'indisponibilité du corps humain, alors même qu'ils sont encourus « pour autrui », et pour un « succès » - la survenue d'une naissance - voisin de 19% ? Sont-ils acceptables au regard du principe de précaution ? Et du principe de proportionnalité ? Qu'en est-il de la qualité de l'information délivrée à la donneuse et à son consentement ?

### *II. Les questions éthiques spécifiques posées par le contexte français*

Pour mettre fin à ces soins transfrontaliers, la mission de l'Igas recommandait toute une série de mesures destinées à dynamiser l'offre dans l'hexagone et préconisait une substantielle augmentation du budget alloué au secteur. Compte tenu des contraintes qui pèsent sur notre système de protection sociale et de l'intensification des mesures de maîtrise des dépenses de santé, cette proposition est-elle la plus adaptée pour promouvoir l'efficacité et l'équité des ressources de la solidarité nationale, le dispositif de prise en charge de l'AMP constituant déjà une dérogation au droit commun - quatre tentatives - sans franchise et sans ticket modérateur ? L'allocation consentie est-elle raisonnable au regard de la hiérarchisation des besoins de santé selon une échelle mesurant la gravité de « la maladie » ? Ou encore, en termes d'efficacité, le surcoût à consentir par rapport à une grossesse naturelle pouvant s'élever à plusieurs dizaines de milliers d'euros, avec une croissance exponentielle avec l'âge ?

Enfin, la recherche d'optimisation de la politique de santé publique et de la politique d'assurance maladie ne doit pas occulter la question cruciale de l'intérêt de l'enfant à naître.

*Mots clés :* Don d'ovocytes, soins transfrontaliers, assistance médicale à la procréation

*Titre :* « **Transsexualisme et demande de changement de sexe en Tunisie : à propos de deux affaires judiciaires** »

*Auteurs :* T. MASMOUDI, M. JEDIDI, M. BOUGHATTAS, M. BELHADJ, M. BEN DHIAB, MK. SOUGUIR

*Affiliation :* Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire F. Hached de Sousse (Tunisie)

### *Introduction*

La loi ne définit pas le sexe, mais prescrit sa mention sur l'acte de naissance. Cet acte civil est un élément primordial d'identification des individus. Or, certaines personnes ne se reconnaissent pas dans le sexe qui leur est accordé et des demandes de changement de sexe peuvent apparaître. En Tunisie, comme dans d'autres pays arabo-musulmans, toute intervention de changement de sexe est interdite par la loi.

Nous rapportons deux affaires judiciaires de demandes de changement de sexe et du statut civil qui ont été refusés et nous détaillons les motifs du refus des tribunaux tunisiens.

#### Rapport des cas

Cas n° 1: S., âgé de 26 ans, déclaré de sexe masculin à sa naissance. Après une intervention chirurgicale de conversion de sexe à l'étranger, il est revenu en Tunisie pour changer son statut civil de « masculin » en « féminin ». Le tribunal de Première Instance et la cour d'appel de Tunis ont rejeté sa requête.

Cas n° 2: L., âgée de 27 ans, qui a un sexe biologique féminin, présentait dès son enfance un comportement et une psychologie d'orientation masculine. Devant la conviction totale de son appartenance au sexe opposé, le transsexualisme du patient est avéré et elle a subi à l'étranger une transformation hormono-chirurgicale avec ablation des seins, de l'utérus et des ovaires. Une demande de changement de statut civil a été refusée en première instance et en appel.

### *Conclusion*

Les demandes judiciaires de changement de sexe sont régies essentiellement, par des principes dégagés par la jurisprudence qui trouve son fondement dans la religion « musulmane », l'islam étant la religion du pays selon les termes de la constitution. Aucun texte législatif n'étant intervenu de façon spécifique en la matière, les interventions chirurgicales de réassignation sexuelle sont interdites et assimilées à une mutilation qui est passible d'une peine allant jusqu'à 20 ans de prison

*Mots clés:* Jurisprudence, Tunisie, transsexualisme, Religion

« Si mon corps m'appartenait enfin ! Regards sur le parcours de soins des personnes transsexuelles en France » L. GIRARD Laboratoire d'éthique médicale Université Paris Descartes (résumé non reçu à ce jour)

*Titre :* « **La mort provoquée et le droit - Variations sur des rapports ambigus (en apparence) »**

*Auteur :* Guillaume ROUSSET,

*Affiliation :* Université Jean Moulin Lyon 3 (IFROSS)

*Email :* [guillaumerousset@free.fr](mailto:guillaumerousset@free.fr)

Un premier regard permet de penser assez aisément que la mort provoquée est une notion ardemment combattue par les règles juridiques, comme peut en attester la prohibition pénale de l'homicide. Pourtant, une analyse plus détaillée des différentes situations permet de constater que la mort provoquée est aussi - parfois - autorisée par le droit. Des hypothèses tendent à le démontrer, en droit français ou non, qu'elles soient actuelles (ex. de la légitime défense), passées (peine de mort, mort civile) ou éventuellement futures (débat relatif à l'euthanasie). Cette mort provoquée autorisée est cependant très encadrée, la valeur sociale protégée la plus importante étant la vie. Au-delà de ces cas, l'idée de cette intervention est de montrer que le droit entretient des rapports avec la mort provoquée qui peuvent paraître ambigus mais qui témoignent, en réalité, de la complexité des faits sociaux et dont de leur encadrement normatif.

*Mots clefs :* droit - mort provoquée - droit pénal - mort civile

*Titre :* « **La protection du corps humain en post mortem: cadre juridique tunisien** »

*Auteurs :* M. JEDIDI, T. MASMOUDI, M. BOUGHATTAS, M. BELHADJ, M. BEN DHIAB, MK. SOUGUIR

*Affiliation :* Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire F. Hached de Sousse (Tunisie)

*Email :* jedidimaher@yahoo.fr

*Introduction:*

L'être humain mérite le respect car il appartient à l'humanité et il est unique en tant qu'individu. Le respect de la personne humaine et de sa dignité s'impose donc à toute personne, et particulièrement à tout médecin. La dignité ne cesse qu'après la mort de la personne et le corps humain doit être respecté et protégé même après la mort.

*Méthode:*

Nous proposons dans ce travail une analyse de la question de la dignité humaine et la protection du corps en post-mortem à partir des différents textes juridiques tunisiens.

*Conclusion :*

En absence de textes juridiques spécifiques portant sur la protection du corps humain après la mort, la question du respect du corps en post mortem trouve ses fondements juridiques dans les conventions internationales relatives aux droits de l'homme et les réglementations des déclarations de décès, des inhumations, des exhumations, des autopsies et du prélèvement d'organes chez le cadavre.

*Mots clés:* Protection, Corps, Mort

*Titre :* « **Le respect du corps humain dans la civilisation arabo-musulmane, maghrébine et berbère.** »

*Auteurs :* A. BENHARKAT - S. TIOURA - C. MEGUEDDEM

*Affiliation :* Faculté de Médecine Constantine Algérie

*Email :* abdbenh@yahoo.fr

La procréation médicalement assistée, l'avortement, l'autopsie comme les greffes et transplantations d'organes et d'autres questions liées au respect du corps humain soulèvent des questions d'ordre éthique que nous développerons dans un exposé que nous voulons aborder avec

le plus de clarté possible pour tenter de faire la lumière sur les fondements culturels et civilisationnels, les perceptions et les points de vue des uns et des autres dans une région du Maghreb où diverses cultures se sont côtoyées depuis des siècles.

*Mots clés* : respect du corps humain- éthique- Maghreb

« Ethique et thanatopraxie » D. BELLUARD, H. GRAUGNARD (résumé non reçu à ce jour)

*Titre* : **« Evolution de la prise en charge au sein de la chambre mortuaire hospitalière. Exemple du CHRU de Lille »**

*Auteurs* : A BECART\*, M.F MAMZER\*\*, C. HERVE\*\*, D GOSSET\*, V. HEDOUIN\*

*Affiliation* : \* Université Lille 2 Lille  
\*\* Université Paris Descartes

*Email* : [anne.becart@univ-lille2.fr](mailto:anne.becart@univ-lille2.fr)

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de novembre 2009 a mis en exergue que la prise en charge de la mort ne fait pas partie des missions reconnues à l'hôpital. Pour les acteurs hospitaliers, la mort est souvent vécue comme un échec. Il apparaît parfois, qu'après le décès, la prise en charge par les équipes de soin s'interrompt, le patient décédé cesse d'appartenir au service, une distanciation s'établit. Or, le parcours de soins du patient ne s'achève qu'à sa sortie de l'hôpital c'est-à-dire à la sortie de la chambre mortuaire centrale (CMC). Il est donc logique d'assimiler la chambre mortuaire à un service de soins et non à un service technique.

L'évolution des chambres mortuaires hospitalières s'est faite en 2009, suite à la parution du décret qui modifie le niveau de recrutement des agents de ce service : désormais la formation initiale requise est celle d'aide-soignant. La prise de poste doit être accompagnée d'une formation spécifique et obligatoire comportant 4 modules : connaissance de la législation thanatologique, aide opératoire aux autopsies et information sur la thanatopraxie, psychologie (aide à l'accompagnement des familles), hygiène et asepsie. La CMC de Lille accueille les corps des patients décédés au C.H.R.U ce qui représente environ 3 000 corps par an. Les agents interviennent en journée (7h-18h) tous les jours, y compris dimanches et jours fériés. Les représentants des cultes ont accès à la chambre mortuaire centrale et peuvent pratiquer les rites à la demande des familles. L'activité se décline entre la prise en charge des personnes décédées et des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil, la préparation et l'assistance au personnel médical des autopsies médicales ou scientifiques, l'accueil des familles et des proches et les réponses à leurs besoins d'informations, les soins au défunt et la présentation du corps dans les locaux de présentation ; pour les bébés, la réalisation des traces mémorielles et la présentation aux parents sur le site même de la clinique d'obstétrique. Les objectifs de la chambre mortuaire centrale (CMC)

du CHRU de Lille ont été inclus au contrat du pôle et au contrat d'établissement. Ils visent à améliorer la qualité sanitaire au sein de cette unité, à valoriser le personnel et à prévenir les risques professionnels, à s'ouvrir à l'hôpital et se faire connaître de tous ses acteurs, à maîtriser les relations avec les entreprises funéraires et surtout à offrir une qualité de soin envers la personne décédée et à proposer le meilleur accompagnement possible aux familles. La Cellule Gestions des Risques a procédé à une vérification de la conformité des locaux, le respect de la charte hospitalière a été rappelé aux opérateurs funéraires, un registre des entrées et sorties dans le service a été mis en place à l'accueil pour assurer le contrôle de l'accès au service. La sensibilisation des services de soins à la poursuite des soins au-delà du décès est en cours. Une réécriture des procédures, visant à les actualiser et les simplifier, est menée par la délégation qualité pour un usage facilité. La plaquette d'information destinée aux familles est en cours de révision. La chambre mortuaire centrale est accessible, de manière contrôlée, aux professionnels du CHRU intéressés par son fonctionnement, aux élèves infirmiers, aux étudiants en médecine. Un cours intitulé « La prise en charge de la personne décédée à l'hôpital » est dispensé aux étudiants de MED2. Un document filmé à vocation didactique, destiné à être présenté dans les services est en préparation avec le service de documentation. Enfin un travail de concertation avec le service de médecine au travail permet de mieux dépister et prévenir les risques professionnels.

*Titre :*            **« Restauration tégumentaire et agents d'amphithéâtre : Perspectives éthiques »**

*Auteurs :*        L. BARRIOS, R. CLEMENT

*Affiliation :*     Laboratory of forensic medicine, Faculty of Medicine – Nantes - France

*Email :*            *lucia.barrios@chu-nantes.fr*

Dans un article paru dans le Monde daté du 04 août 2009, intitulé « le vide juridique des autopsies judiciaires », le journaliste relayait la double souffrance de familles meurtries à la fois par la perte d'un proche mais aussi par les conditions de restitution ou non aux familles des corps autopsiés. A cette même période, le médiateur de la République, destinataire de plusieurs plaintes sur ce sujet, proposait de renforcer l'encadrement juridique des autopsies judiciaires. Dans ce but, la Présidence du Sénat enregistrait le 29 juin 2010, une proposition de loi tendant à compléter et à préciser la législation actuelle en vigueur et relative aux autopsies judiciaires. Elle prévoyait d'inscrire dans la loi l'obligation pour les médecins légistes de veiller à ce que la restitution du corps après l'autopsie donne lieu à la meilleure restauration possible, de préciser les formations que doivent suivre obligatoirement les médecins légistes pour être habilités à pratiquer une autopsie judiciaire et enfin de mettre fin au vide juridique concernant le statut des prélèvements humains réalisés aux cours de ces opérations.

Ces dispositions ont été créées par l'adoption de la loi du 17 mai 2011 et insérées dans le Code de Procédure Pénale (C.P.P). Il est ainsi établi la nécessité « de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps avant sa remise aux proches du défunt. » L'article 230-29 du C.P.P. prévoit également pour les familles un accès qui doit se dérouler « dans des conditions qui leur garantissent respect, dignité, décence et humanité »

Dans ce but, une enquête a été réalisée dans plusieurs centre pivots afin de déterminer si les conditions nécessaires au respect du cadavre, à la dignité de celui-ci, à la décence et à l'humanité du corps autopsie sont réunies pour les agents d'amphithéâtre ? Les résultats de cette enquête seront exposés lors de cette communication.

*Mots-clés* : autopsie médico-légale ; dignité ; humanité ; respect ; décence

« Dommage corporel et expertise », M.H BERNARD, médecin légiste et neurochirurgien au CHU de REIMS (résumé non reçu à ce jour)

« Psychiatrie légale et expertise », P.A DELPLA, médecin légiste et psychiatre au CHU de TOULOUSE(résumé non reçu à ce jour)

« Thanatologie, anthropologie et expertise », G. QUATREHOMME, médecin légiste et anthropologue au CHU de NICE (résumé non reçu à ce jour)

« Place de la collégialité dans les décisions médicales en USP » L. SERRESSE (résumé non reçu à ce jour)

« Décision de chimiothérapie palliative à la demande du patient. » M. PECHARD (résumé non reçu à ce jour)

« Arrêt nutrition hydratation en réa néonatale » A. BERANGER (résumé non reçu à ce jour)

« Information ou non en phase d'incurabilité du cancer » C. VAZEILLE (résumé non reçu à ce jour)

*Titre :* « **Évolution des morts toxiques au nord de la Tunisie** »

*Auteurs :* M. ZAAFRANE, W. THALJAOU, Y. CHKIRBÈNE, M. ALLOUCHE, M. HAMDOUN

*Affiliation :* Service de médecine légale EPS Charles Nicolle, Tunis

*Email :* [zaafranemalek1986@gmail.com](mailto:zaafranemalek1986@gmail.com)

**Problématique:**

La mort par empoisonnement, qu'elle soit accidentelle, suicidaire ou criminelle, est une mort dite violente. Ceci impose systématiquement l'engagement d'une procédure d'enquête judiciaire, qui pourrait nécessiter des investigations médico-légales (levée de corps, examen externe du cadavre, autopsie, prélèvements et dosages toxicologiques).

**But :**

Les objectifs de notre travail étaient d'analyser les aspects évolutifs épidémiologiques et étiologiques des morts toxiques au Nord de la Tunisie, d'étudier les formes médico-légales de la mort toxique et de ressortir les insuffisances dans la prise en charge médico-légale des cas de mort toxique.

**Méthodes:**

Nous avons mené une étude comparative des décès par intoxication, colligés au service de médecine légale de Tunis durant trois périodes d'étude. La première période s'étend de janvier 1976 à décembre 1986, la deuxième de janvier 1999 à décembre 2003 et la troisième, de janvier 2007 à décembre 2010.

**Résultats:**

Nous avons observé une diminution du pourcentage des morts toxiques par rapport à l'ensemble de l'activité thanatologique passant de 10% (1ère étude), à 3,34% (2ème étude) et à 4,33% (3ème étude).

Une légère prédominance masculine a été observée dans les trois études avec un âge moyen semblable entre 33 et 35 ans.

Nous avons noté une augmentation de l'intoxication accidentelle passant de 37% dans la première période à 58% dans la seconde, avant d'atteindre 64% dans la troisième avec une régression de l'intoxication volontaire de 59% (1976-86) à 36% (2007-2010).

Le monoxyde de carbone est devenu le toxique le plus incriminé. Une diminution du nombre de morts toxiques par les produits agricoles a été observée.

La mortalité par intoxication aiguë médicamenteuse a nettement augmentée passant de 4% (1976-85) à 16,5% (2007-2010) de l'ensemble des morts toxiques.

Plusieurs insuffisances ont été relevées qui concerne notamment le temps d'analyse qui est trop long et les matrices biologiques utilisées.

### *Conclusion:*

L'amélioration des techniques d'analyse toxicologique et la collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués dans la détermination de la cause du décès, en cas de suspicion de mort toxique est obligatoire pour améliorer la prise en charge médico-légale de ces cas.

*Mots clés:* intoxication - décès - toxiques - suicide - mort accidentelle

*Titre :* « **Aspects cliniques et thanatologiques d'un cas de tako-tsubo chez un sujet jeune de sexe masculin** »

*Auteurs :* W. MAJDOUB 1, S. MLAYEH 1, O.ADOUENI 3, T.MASMOUDI 2, M.K SOUGUIR 2

*Affiliations :* 1 Service de Médecine Légale, Hôpital Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie  
2 Service de Médecine Légale, Hôpital F.Hached Sousse Tunisie  
3 Service d'Anatomopathologie, Hôpital Ibn El Jazzar Kairouan, Tunisie

*Email :* [mlayehsouheil@yahoo.fr](mailto:mlayehsouheil@yahoo.fr)

Le syndrome de Tako-Tsubo est une entité rare peu décrite dans la littérature. Elle appartient aux cardiomyopathies inclassables dont la physiopathologie reste hypothétique. Elle touche surtout les femmes âgées ayant été exposées à un stress physique ou émotionnel.

Nous rapportons un cas atypique de Tako-Tsubo chez un homme de 43 ans, sans antécédent cardio-vasculaire, admis en réanimation dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë et de troubles de la conscience.

La radiographie du thorax avait montré un important œdème aigu des poumons. Le patient a été intubé-ventilé-sédaté et mis sous diurétiques. Des modifications de l'électrocardiogramme et une élévation significative des valeurs des troponines ont été notées. L'échographie cardiaque avait objectivé une akinésie antéro-latérale et une fraction d'éjection ventriculaire gauche à 42 %. Le scanner cérébral pratiqué devant une aggravation neurologique avait permis la découverte fortuite une hémorragie méningée de moyenne abondance.

L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et paraclinique de l'atteinte cardiaque contre une aggravation de l'hémorragie méningée. Le patient est décédé quelques jours après.

L'autopsie médico-légale avait montré au niveau du cœur une pâleur sous-épicardique hémicirconférentielle antéro-latérale de l'apex et de la partie moyenne du ventricule gauche avec des coronaires perméables. Les carotides étaient perméables. Un examen anatomopathologique du cœur avait été pratiqué.

Nous proposons à partir de cette observation et d'une revue de la littérature, de décrire les particularités cliniques et de préciser l'intérêt des investigations post mortem de cette pathologie.

*Mots clés:* thanatologie, Tako-Tsubo, hémorragie méningée, cardiomyopathie

*Titre :* « Les décès en milieu carcéral en Tunisie avant et après le 14 janvier 2011 »

*Auteurs :* F. GLOULOU a,b, M. ZAAFRANE a, W. THALJAWI a, M. SHIMI a, M. ALLOUCHE a,b, M. HAMDOUN a,b

*Affiliations :* a : Service de Médecine Légale de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Tunis. Tunisie  
b : Faculté de Médecine de Tunis. Université de Tunis El Manar. Tunisie

*Email :* [fgloulou@yahoo.fr](mailto:fgloulou@yahoo.fr)

### *Introduction :*

La mortalité en milieu carcéral pourrait constituer un indicateur sur les conditions de détention et la situation psycho-sanitaire des détenus. Après le changement de régime politique qu'a connu la Tunisie au mois de janvier 2011, il nous a semblé opportun d'étudier les causes et les circonstances des décès en milieu carcéral, avant et après cette transition.

### *Matériel et Méthodes :*

Nous avons examiné rétrospectivement tous les rapports d'autopsie des personnes décédées lors de leur incarcération dans les différentes structures de détention en Tunisie et autopsiées au service de médecine légale de Tunis au cours des années 2008 à 2010 (première période) et 2011 à 2013 (deuxième période). Les paramètres étudiés étaient le sexe, l'âge, le type d'incarcération (condamnés ou prévenus), le lieu du décès et la cause du décès. Les décès ont été répartis en mort naturelle, mort violente (suicide, homicide, accident ou mort violente dans des circonstances indéterminées) et mort de cause indéterminée.

### *Résultats :*

Cent dix-sept cas de décès en milieu carcéral ont été recensés sur les 2 périodes d'étude dont 58 cas durant la première période et 59 cas durant la deuxième période.

Durant la première période, la majorité des détenus décédés étaient des hommes (57 cas), âgés en moyenne de 46,8 ans (de 20 à 77 ans), condamnés pour la plupart (81% des cas). Dans la majorité des cas, ils étaient décédés dans une structure hospitalière (46,5% des cas) ou lors de leur transport vers une structure de soins (39,7% des cas). Les décès étaient de cause naturelle dans la plupart des cas (93,1%) et les causes cardio-vasculaires étaient alors les plus fréquentes (43,1% des cas). Trois cas seulement (5,2%) étaient des morts violentes (2 suicides et une mort violente dans des circonstances indéterminées).

Durant la deuxième période d'étude, la majorité des détenus décédés étaient également des hommes (58 cas), âgés en moyenne de 42,4 ans (de 19 à 74 ans), condamnés pour la plupart (74,6% des cas). La plupart des décès ont eu lieu dans ou lors du transport vers des structures de soins (respectivement 47,5% et 25,4% des cas) mais le pourcentage des décès survenus en prison a presque doublé par rapport à la première période d'étude (25,4% contre 13,8% des cas). Les décès de cause naturelle ont continué à être majoritairement représentés (67,8% des cas) avec toujours la même prépondérance des causes cardio-vasculaires (45,8% des cas) mais le pourcentage des morts violentes a sensiblement augmenté par rapport à la première période d'étude (28,8% contre 5,2% des cas). Sur les 17 cas de mort violente recensés durant la deuxième période, 4 étaient des homicides, 4 des suicides, 3 des morts accidentelles et 6 des morts violentes survenues dans des circonstances indéterminées.

### *Conclusion :*

Bien que les décès en milieu carcéral soient pour la plupart de causes naturelles durant les deux périodes d'étude, nous avons constaté une augmentation du nombre des morts violentes durant la deuxième période. Nous avons également constaté une augmentation du nombre des décès survenus dans les structures de détention. Un suivi est nécessaire afin de déterminer s'il s'agit là d'une nouvelle tendance ou simplement d'un changement transitoire.

*Mots clés :* Détenus, prison, décès

*Titre :* « **Accidents de plongée mortels au nord de la Tunisie: étude sur 11 ans** »

*Auteurs :* W. THALJAWI, M. BEN KHLIL, Y. CHKIRBENE, M. ZAAFRANE, M. ALLOUCH, M. HAMDOUN

*Affiliation :* Faculté de Médecine de Tunis, Hôpital Charles Nicolle, Service de Médecine Légale, Tunis-Tunisie.

*Email :* [thaljawiwathek@yahoo.fr](mailto:thaljawiwathek@yahoo.fr)

La plongée sous-marine, qu'elle soit pratiquée en apnée ou avec scaphandre autonome, constitue un modèle d'adaptation du corps humain aux modifications de pression, et, comme toute activité physique elle n'est pas à l'abri d'accidents de gravité variable pouvant conduire parfois au décès.

Nous rapportons dans ce travail 12 cas d'accidents de plongée colligés sur une période de 11 ans (janvier 2003 – septembre 2013) au service de médecine légale de Tunis.

Le but de notre étude est de préciser les mécanismes lésionnels et de ressortir les différentes constatations autopsiques.

L'âge moyen des victimes est de 34 ans avec une prédominance masculine (11 H / 1 F).

Les plongées ont été pratiquées dans le cadre d'activité de loisirs pour 8 cas et d'un accident de travail dans 4 cas.

Ils ont été à type de surpression pulmonaire dans 4 cas, d'un accident de décompression dans 4 cas, d'une noyade dans 2 cas et dans 2 cas il s'agit d'incidents non spécifiques (traumatisme et hypothermie sévère).

La présence d'écume mousseuse dans les voies aériennes et la présence de bulles d'air au niveau des vaisseaux méningés superficiels sont les signes autopsiques les plus fréquents (n=9), suivi de la cyanose (n=7) et de l'emphysème sous cutané (n=6).

Un foramen ovale a été constaté dans 2 cas.

La prévention de ces accidents est possible et repose sur la compréhension des mécanismes lésionnels, une sélection physique rigoureuse et un entraînement régulier.

*Mots clés :* plongée sous-marine, accidents de plongée, décompression, surpression

*Titre :* « **Asplénie congénitale isolée et mort subite du nourrisson: à propos d'un cas autopsique** »

*Auteurs :* M. JEDIDI, M. BELHADJ, M. BOUGHATTAS, T. MASMOUDI, M.BEN DHIAB, M.K. SOUGUIR

*Affiliation :* Service de Médecine Légale, Sousse (Tunisie)

*Email :* jedidimaher@yahoo.fr

#### *Introduction:*

L'asplénie congénitale isolée est une maladie rare et mortelle. Le diagnostic est souvent tardif voire post-mortem et autopsique.

Nous rapportons un cas de mort subite du nourrisson en relation avec une asplénie congénitale isolée et nous discutons les mécanismes de décès et ses implications médico-légales.

#### *Rapport de cas:*

Nourrisson âgé de 10 mois, sans antécédents pathologiques notables, hospitalisé pour trouble de la conscience d'installation brutale avec vomissement et fièvre. L'évolution était rapidement défavorable. Le nourrisson est décédé 6 heures après son admission.

Une autopsie médico-légale a été demandée. A l'examen du cadavre, on a noté la présence de lésions pétéchiâles au niveau de la face. A l'autopsie, il y avait une congestion multi-viscérale. La rate était absente. Les surrénales étaient hémorragiques et de couleur noirâtre. Il n'y avait pas de malformations visibles notamment cardiaques.

#### *Conclusion:*

Passée inaperçue à la naissance, l'asplénie congénitale isolée se complique souvent d'infections bactériennes sévères. La mortalité est élevée surtout au cours des deux premières années et elle est souvent due à une infection par le Streptocoque.

La mort subite du nourrisson en rapport avec une asplénie congénitale isolée pose le problème médico-légal du défaut de diagnostic prénatal, mort subite.

Mots clés: Asplénie, congénitale, mort subite, nourrisson

**Titre :** « Causes de décès des personnes âgées dans un service de médecine interne »

**Auteurs :** W. THALJAWI(1), M. JEDIDI (1), A. ATIG (2), MK. SOUGUIR (1), M. BEN DHIAB (1), F. BAHRI (2)

**Affiliations:** (1) Service de médecine légale- CHU Farhat Hached – Sousse – Tunisie  
(2) Service Médecine Interne - CHU Farhat Hached – Sousse – Tunisie

**Email :** thaljawiwathek@yahoo.fr

### **Introduction :**

Les personnes âgées, éléments vulnérables dans la société, de par le vieillissement physiologique mais aussi par l'impact des maladies dont ils sont atteints, sont les plus sujettes au décès ; fin du processus vital.

### **Objectif :**

Étudier les particularités du décès chez les personnes âgées au cours de leurs hospitalisations dans un service de médecine interne.

### **Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective, colligeant les cas du décès survenant chez les personnes âgées (âge > 65 ans) dans le service de médecine interne de l'Hôpital Farhat Hached sur une période de 4 ans (2009-2012)

### **Résultats**

48 décès ont été colligés durant la période de 04 ans dont 23 décès ont été constaté chez des personnes âgées (47 %). L'âge moyen des personnes âgées décédées est de 78,13 avec des extrêmes allant de 65 ans jusqu'aux 96 ans et 52 ,17% sont de sexe féminin.

69 .09 % personnes âgées décédées ont des antécédents cardio-vasculaires, 26 % des antécédents respiratoires et 13 % sont sans antécédents notables

Le décès est survenu durant la première hospitalisation dans 78.26 % des cas et, dans 52.17 % des cas, il est en rapport avec le motif d'admission. Le pronostic est péjoratif dès l'admission chez 43.47% des personnes âgées.

Les causes du décès chez les personnes âgées sont réparties en causes infectieuses (30.43%), respiratoires (26.08%), cardio-vasculaires (21.73%) et indéterminées (21.73%). Ces morts sont toutes des morts naturelles.

Le délai moyen entre la survenue du 1er symptôme et le décès est de 44.54 jours avec des délais variant entre 01 jour et 101 jours et le délai entre l'admission et le décès est en moyenne de 12.36 jours avec des extrêmes entre 01 jour et 51 jours.

Une intervention des réanimateurs a été constatée chez 73.91% des cas, les autres ont été découverts décédés dans leurs lits.

L'autopsie n'a été demandée dans aucun cas des décès constatés

### **Conclusion :**

La prise en charge des personnes âgées est souvent difficile, une action précoce et efficace pourrait diminuer le taux des décès.

**Mots clés :** personnes âgées, décès, vieillissement

**Titre :** « *Paraplégie après rachianesthésie* »

**Auteurs :** M. ZHIOUA, M. ALLOUCH, M. BEN KHELIL, M. HAMDOUN

**Affiliation :** Service de Médecine Légale, Tunis (Tunisie).

**Email :** [dr.mzhioua@planet.tn](mailto:dr.mzhioua@planet.tn)

La paraplégie consécutive à une rachianesthésie est une complication rare aux conséquences fonctionnelles graves.

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 59 ans, sans aucun antécédent, qui doit être opérée d'une hernie inguinale droite. Les examens préopératoires sont strictement normaux, en particulier l'hémostase : TCA, TP et plaquettes.

En accord avec la patiente, la rachianesthésie est retenue comme technique anesthésique.

Trois tentatives de ponction lombaire sont effectuées mais sans résultats. Cette technique est abandonnée au profit d'une anesthésie générale, qui s'est déroulée sans aucun incident. Huit heures après, la patiente reçoit 0,4 ml de Lovenox.

L'évolution a été marquée par l'apparition très rapidement des douleurs dorsolombaires et de paraplégie. La tomodensitométrie du rachis dorsolombaire pratiquée en urgence montre la présence d'une importante hémorragie sous arachnoïdienne. Une laminectomie de décompression est réalisée, aucune malformation vasculaire n'est mise en évidence et les suites opératoires ont été simples.

Deux ans après, la patiente garde toujours une paraplégie flasque et elle a porté plainte contre le médecin anesthésiste.

Le médecin expert désigné par le tribunal retient que l'indication opératoire est justifiée et que la rachianesthésie est une technique anesthésique utilisable sans aucune contre-indication (troubles de la coagulation, neuropathie, pathologie rachidienne). La prise en charge de la complication, l'hémorragie sous arachnoïdienne, a été conforme aux données de la science.

Aucune faute médicale n'a été retenue et la victime n'a obtenu aucune indemnisation. Devant la gravité des séquelles, on peut s'interroger sur la nécessité d'une loi tunisienne indemnisant l'aléa thérapeutique à l'instar de la Loi française, Loi Kouchner, du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

**Mots clés :** rachianesthésie-paraplégie-responsabilité médicale.

**Titre :** « *Le syndrome de Tardieu-Silverman: A propos de 4 observations* »

**Auteurs :** Y. NOUMA, K. JAMMELI, W. BEN AMAR, S. BARDAA, S. MAATOUG

**Affiliation :** Service de médecine légale centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba Sfax

**Email :** [docyoussef@live.fr](mailto:docyoussef@live.fr)

## *Introduction*

Le syndrome de Tardieu-Silverman est un syndrome radiologique, constitué par l'existence de lésions osseuses multiples, de topographie asymétrique, d'âges différents, associant des fractures méconnues ou négligées avec des cals vicieux. C'est l'une des formes de maltraitance à enfants, posant des problèmes de diagnostic et de prise en charge.

L'objectif de ce travail est de souligner les difficultés diagnostiques de ce syndrome, de préciser la conduite à tenir du médecin, placé devant cette urgence médico-légale et de rappeler la législation tunisienne en vigueur concernant la maltraitance à enfant.

## *Observations*

Nous rapportons 4 cas de syndrome de Silverman colligés au centre hospitalo-universitaire de Sfax.

1ère observation: Enfant âgé de 13 mois, hospitalisé pour suspicion d'ostéomyélite des coudes et des genoux. Le bilan radiologique a révélé l'existence de fractures multiples d'âge différent.

2ème observation: une fratrie "un garçon et une fille", se développant à la charge de leur mère. Le garçon, âgé de 10 ans, a présenté une fracture décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius, compliquée par un syndrome de loges, ayant conduit à l'amputation de l'avant-bras. Trois mois plus tard, la même mère a ramené sa fille. Celle-ci a présenté une fracture de l'extrémité supérieure de son humérus droit ainsi que des lésions cutanées multiples dont l'aspect ont fait évoquer une maltraitance.

3ème observation: Nourrisson, âgé de 10 mois, abandonné, amené par la police au service de pédiatrie pour prise en charge. L'examen note l'association de lésions cutanées multiples et de multiples fractures des os longs.

4ème observations: Nourrisson, âgé de 6 mois 5 jours, hospitalisé pour tuméfaction du membre inférieur gauche et fièvre à 38°.

Le bilan radiologique de la jambe droite a objectivé une calcification en regard de l'extrémité supérieure du tibia et un trait de fracture spiroïde.

La récurrence de la symptomatologie a confronté le diagnostic de Silverman et ce malgré le déni de la mère.

## *Discussion*

Le diagnostic de ce syndrome est généralement fait à posteriori. Le retard des soins, la localisation des lésions, l'association de plusieurs lésions, l'évolution favorable des symptômes après hospitalisation, l'absence de récurrence à distance du milieu familial et la discordance entre les constatations cliniques et les explications de l'entourage font évoquer le diagnostic.

## *Conclusion*

Malgré son observation rare sous nos climats, le syndrome de Silverman doit toujours attirer l'attention du médecin pour la prise en charge médico-psycho-sociale de l'enfant maltraité et le devoir de signalement au délégué de la protection de l'enfance afin de mieux protéger l'enfant.

*Mots clé:* syndrome de Silverman, maltraitance, enfant, législation

*Titre :* « **Décision médicale en fonction de la littérature scientifique contemporaine et des connaissances du praticien : Classification, Définition des Domaines de Pratique Médicale et Utilisation en Ethique Médicale et en Droit** »

*Auteurs :* A. ZARZAVADJIAN LE BIAN, C. HERVE

*Affiliation :* Université Paris Descartes

*Email :* [spleen2008@live.fr](mailto:spleen2008@live.fr)

#### *Introduction :*

La prise de décision médicale est un processus complexe dont les éléments sont nombreux et varient considérablement en fonction des situations. Certains de ces composants peuvent être réunis comme la notion de connaissance médicale, les conflits d'intérêts du médecin, les souhaits des patients, etc....

Actuellement, il n'existe aucune classification des décisions médicales en fonction de ces composants qui soit applicable dans le cadre de la recherche en Science Sociale ou en Droit.

#### *But :*

Nous proposons d'établir une classification des décisions médicales en fonction de la littérature scientifique contemporaine et des connaissances du praticien, définissant des « Domaines de pratique ».

#### *Méthode :*

En nous appuyant sur une analyse menant à un logarithme simple dont les entrées correspondent au respect des recommandations de la littérature scientifique contemporaine et aux connaissances que le praticien en a lorsqu'il prend sa décision.

#### *Résultats :*

L'analyse permet de définir, à partir des recommandations et des connaissances que le praticien en a, quatre domaines de pratique : les domaines de pratique de L'Evidence-Based Medicine (domaine actif et domaine passif), le domaine de pratique clinique orgueilleuse, le domaine de l'inertie clinique et le domaine de la recherche clinique.

Cette classification est simple à utiliser. Par ailleurs, elle permet d'harmoniser les discours en Droit ou en Ethique médicale, en définissant les domaines de façon rapide et reproductible, et de façon indépendante par rapport aux Sciences Humaines et Sociales. Elle permet donc une intégration secondaire des Sciences Humaines et Sociales dans la prise de décision, au cas par cas, en fonction des domaines de pratique

**Titre :** « *Mort subite par épilepsie ou crime par strangulation ? Analyse d'un cas autopsique* »

**Auteurs :** M.A MESRATI, N. HAJ SALEM, H. OTHMANI, A. AISSAOUI, A. CHADLY

**Affiliation :** Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie)

**Email :** [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

### **Introduction :**

La discussion du mécanisme et de la forme médico-légale du décès après une autopsie judiciaire sont parfois difficiles. Un crime maquillé peut passer inaperçu surtout si la victime présentait des antécédents qui peuvent expliquer sa mort inopinée.

Nous rapportons un cas autopsique d'une femme connue épileptique décédée de façon brutale et nous discutons la cause et la forme médico-légale du décès.

Rapport du cas : Il s'agissait d'une femme âgée de 44 ans, mariée, connue épileptique sous phénobarbital. Selon l'interrogatoire de la famille, la femme n'était pas bien équilibrée sur le plan thérapeutique et elle présentait parfois des crises convulsives de durée prolongée. Elle a été découverte décédée, un matin, dans son lit en décubitus ventral, sa face contre l'oreiller. Le corps a fait l'objet d'une autopsie judiciaire afin de déterminer la forme médico-légale du décès. L'examen extérieur a permis de mettre en évidence un syndrome asphyxique très marqué avec des lésions pétéchiiales thoraciques antérieures. A l'autopsie, nous avons noté la présence d'infiltrations ecchymotiques des muscles latéraux du cou et en péri-laryngé, des hématomes péri-carotidiens avec fissuration de la muqueuse des artères carotides bilatérales et symétriques. Les analyses toxicologiques ont permis de mettre en évidence le phénobarbital à des doses thérapeutiques.

### **Conclusion :**

Le cas autopsique que nous rapportons nous amène à déterminer l'origine des lésions traumatiques internes du cou. Sont-elles en rapport avec la crise convulsive ou en rapport avec une strangulation par un lien large ?

**Mots clés :** épilepsie – strangulation - lien large - autopsie

**Titre :** « *Caractéristiques épidémiologiques et médico-légales des décès violents, touchant aux femmes dans la région d'Annaba* »

**Auteurs :** Y. MELLOUKI, L. SELLAMI, F. GEUHRIA, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA

**Affiliation :** Faculté de médecine, université Badji Mokhtar .Annaba Algérie.

**Email :** [youcefmellouki@yahoo.fr](mailto:youcefmellouki@yahoo.fr)

### *Introduction :*

La mort violente est définie comme étant une mort « non naturelle », elle est provoquée par une intervention volontaire (soit d'autrui : homicide, soit de soi-même : suicide) ou par une cause extérieure brutale, appelée accident.

### *Objectif :*

L'objectif de notre travail consiste à faire ressortir les caractéristiques épidémiologiques et médico-légales des décès violents, touchant aux femmes dans la région d'Annaba.

### *Matériel et méthodes :*

C'est une étude rétrospective réalisée, à partir des cas de décès pour lesquelles une autopsie médico-judiciaire a été ordonnée et pratiquée durant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2009 jusqu'au 31 décembre 2010, concernant des femmes dont l'âge est égal ou supérieur à 18 ans, au sein de l'unité de thanatologie du service de médecine légale du CHU d'Annaba. N'ont été inclus dans notre étude que les dossiers complets.

Cette étude a permis de noter les résultats suivants :

### *Résultats :*

Durant cette période de deux ans, 503 autopsies ont été pratiquées, parmi ces autopsies 35 cas de décès violents. La fréquence était de l'ordre de 5,82%. Un tiers des victimes avait un âge compris entre 30 à 40 ans.

Les femmes mariées représentaient 71,42% de l'ensemble des décès, 88,87% des victimes décédées étaient en inactivité. 51,42 % des décès violents ont eu lieu au domicile familial. 51,42% des décès violents sont des morts violentes criminelles, 31,43 % des décès avaient des lésions comparables à celles observées chez des suicidés.

### *Discussion et conclusion :*

Au total, le décès violent touchant les femmes a une faible incidence, il représente 6% de l'ensemble des morts médico-légales, mais il s'agit d'un phénomène non négligeable.

L'homicide volontaire constitue la première forme médico-légale de décès, suivie par le suicide et la mort accidentelle. Quant aux étiologies, ce sont les brûlures en matière de mort accidentelle, les blessures par arme à feu en matière d'homicide et la pendaison en matière de suicide. Les opérations nécrosiques et éventuellement les examens toxicologiques ont permis de mettre en évidence l'origine violente du décès dans l'écrasante majorité des cas.

*Mots clés :* Femme. Décès violent, Annaba.

*Titre :* **« Evaluation de la durée de l'incapacité temporaire et totale (ITT) attribuée par les médecins traitants aux personnes victimes de coups et blessures : A propos de 500 certificats médicaux initiaux»**

*Auteurs :* N. HAJ SALEM, M.A. MESRATI, A. AISSAOUI, A. CHADLY

*Affiliation :* Service de Médecine Légale Hôpital - Universitaire Fattouma Bourguiba de

Monastir

Email : [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

### *Introduction :*

L'ITT au sens pénal est une notion juridique, précisée par la jurisprudence, permettant aux magistrats d'apprécier la gravité des conséquences du traumatisme subi par les personnes et pouvant contribuer à qualifier une infraction surtout en cas de coups et blessures volontaires. Le rôle du médecin rédacteur du certificat médical initial est prépondérant puisque de ses conclusions vont dépendre les suites indemnitaires et judiciaires.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la durée de l'ITT attribuée par les médecins traitants aux personnes victimes de coups et blessures.

### *Matériel et Méthodes :*

Notre étude est rétrospective, descriptive portant sur 500 certificats médicaux initiaux colligés au Service de Médecine Légale du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie). L'ITT initialement établie sur les CMI a été masquée puis une réattribution d'une durée de repos sur la base de l'examen clinique a été faite par un médecin légiste suivi d'une seconde lecture quinze jours après afin de déterminer la reproductibilité intra observateur (coefficient K calculé). La discordance entre le médecin traitant et le médecin expert a été décrit dans ce document.

### *Résultats :*

Notre série a comporté 105 CMI rédigés dans les suites des coups et des blessures volontaires. L'ITT était, dans 76,2% des cas, supérieure à 10 jours. La moyenne des jours attribuée est de 23,1 jours par victime avec des extrêmes allant de 2 à 90 jours. Parmi les 500 CMI, il y avait 378 certificats délivrés dans le cadre d'un accident de la circulation ou un accident de la voie publique. L'ITT était supérieure à 3 mois dans 5,3 des cas. La moyenne est de 40,9 jours par victime avec des extrêmes allant de 3 à 180 jours. Dans aucun cas, le médecin de santé publique n'a prescrit une incapacité temporaire totale supérieure à 3 mois. Pour les mêmes certificats, le médecin légiste a attribué une ITT supérieure à 10 jours dans 38 certificats, soit 36.2%, dans les suites des coups et des blessures volontaires et une ITT inférieure à trois mois dans tous les cas des accidents de la voie publique après les deux lectures.

### *Conclusion :*

L'analyse des résultats montre la difficulté dans la détermination de l'ITT en absence de critères objectifs d'attribution ainsi que la tendance des médecins traitants à la surestimation de la durée de repos, ce qui peut engendrer des conséquences lourdes surtout en cas de coups et blessures volontaires.

*Mots clés :* Incapacité temporaire de travail- CMI- coups et blessures

*Titre :* « **Le trouble de la personnalité borderline** »

*Auteurs :* M. CASADO-BLANCO(1), M. CASTELLANO-ARROYO (2); F.J. VAZ-LEAL(1); M. IBAÑEZ-BERNÁLDEZ (1); L. RODRÍGUEZ-SANTOS(1); M.I. RAMOS-FUENTES (1); N. SANCHEZ-FERNÁNDEZ (1)

*Affiliation :* (1) Université d'Extremadura. Faculté de Médecine (Badajoz)  
(2) Université d'Alcalá de Henares. Faculté de Médecine (Madrid)

*Email :* [mcasado blanco@hotmail.com](mailto:mcasado blanco@hotmail.com)

### *Introduction*

Le trouble de la personnalité borderline ou TPB et le trouble de la personnalité limite, TPL, sont un trouble de la personnalité désignant de nombreuses anomalies psychologiques, caractérisées par une variété d'émotions. La plus importante caractéristique de ce trouble est l'instabilité importante lors des relations interpersonnelles ainsi que dans l'image et l'identité de soi-même, dans les émotions et dans l'impulsivité.

Le DSM-IV-TR définit deux comportements principaux liés au trouble de la personnalité borderline: un comportement impulsif, et une instabilité émotionnelle ainsi que dans les relations sociales et sur l'image de soi-même, spécifiant neuf critères pour démontrer la présence de ces comportements.

### *Matériel et méthode*

Nous avons étudié 50 hommes diagnostiqués TPL.

Les critères pour le diagnostic sont ceux contenus dans le DSM-IV-TR. L'exclusion a été effectuée pour les patients qui présentent des items mixtes ou non spécifiques.

Les items pris en compte sont : variables sociodémographiques (sexe, âge, conduites délinquantes précédentes); diagnostics de TLP, troubles psychopathologiques associés (–Ex. I-); conduite délinquante isolée ou en groupe, type de délit commis, rapport avec la victime, et conduites post délictueuses. Et finalement, la réponse juridique à propos de la peine et les résolutions judiciaires (mesures de sécurité, etc.).

Nous avons appliqué le logiciel SPSS v.15 pour l'analyse statistique.

Les variables sont qualitatives donc une application de la statistique descriptive a été effectuée.

Les tables de contingence contiennent les fréquences ou pourcentages obtenus; ainsi que la relation qui existe entre les variables calculées avec la méthode Chi-carré de Pearson ( $\chi^2$ ), (Preuve de Pearson)

Les hommes sont plus nombreux que les femmes et la tranche d'âge se situe entre 26-41 ans. Aucune conduite délinquante précédente (80%). 84% des cas ont une autre pathologie associée, la plus fréquente étant l'abus des substances (46%).

La psychopathologie plus importante, du point de vue de la personnalité, est l'instabilité dans les émotions et lors de relations interpersonnelles, l'anxiété, et la distorsion de l'image et l'identité de soi-même, ainsi que une grande impulsivité avec des conduites agressives.

Sont aussi présents, la peur de l'abandon et la faible tolérance à la frustration. Haute sensibilité émotionnelle, la recherche de nouvelles expériences...

Les délits plus fréquents sont : contre les personnes (connues et inconnues), violence interpersonnelle, et reliée au trafic de drogue ainsi que l'usage de la violence domestique. En délinquance solitaire (78%).

La tendance juridique est l'appréciation de semi-imputabilité ou diminution de la peine (68%) comprenant aussi la consommation de drogue. Par contre, le TLP est en soi-même une cause de diminution de l'imputation, donc cela joue plus pour l'affection de la volonté que pour la capacité cognitive.

### *Conclusion*

On apporte une expertise dans un sujet (le Trouble Limite de la Personnalité) fréquente en l'expertise médico-légale et souvent, très compliquée.

Nous sommes d'accord avec d'autres auteurs sur le fait de ne pas pouvoir établir une relation directe entre la pathologie et la criminalité.

Ce type de délits commis par ce genre de personnes sont très rares, agression reliée avec la consommation, le trafic de drogues, la désadaptation sociale et pour la plus grande partie, sans précédents criminels.

Notre groupe d'étude sont des individus inculpés pour un délit, il y a bien sûr des personnes TLP que ni ne tombent pas dans la délinquance.

*Titre :*            **« Ethical and legal aspects of surgical permanent contraception in mentally disabled. »**

*Auteurs :*        R.S. RAZABONI 1, P.A.L. BAPTISTA 1, A.G BERNA 2, L.C.G. SEVERINO 3

*Affiliation :*     (1) Medicine College of the University of São Paulo  
                      (2) University Center of FEI  
                      (3) Pontifical Catholic University of São Paulo

*Email :*            *renata\_razaboni@hotmail.com*

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, mentally disabled is when people have a significant decline in their intellectual function (IQ below 70) with onset before 18 years old, associated with at least two of the following areas: communication, self-care, home living, social skills, use of community resources, self - sufficiency, functional academic skills, work, leisure, health and safety. The Brazilian Constitution states that a person with mental disabilities, regardless of the degree of intellectual disability, is considered absolutely unable to personally perform the acts of civil life. Legal responsibility is exercised by their tutors that can decide in favor of a sterilizing prophylactic surgery (tubal ligation or hysterectomy). The Brazilian Medical Ethics Code states that it's the patients` right to consent or deny, in a free, voluntary and informed way and also with the correct information, which diagnostic and therapeutic methods will be done on them. This scientific work has analyzed what are the ethical and legal conflicts on definitive surgical contraception in people with Down syndrome and which tools are useful, mainly, in the medical expertise to evaluate the patients` capacity to consent.

*Methods and material:*

A review in the articles that discussed the ethical and legal conflicts on definitive surgical contraception in people with Down syndrome in the last ten years was done. The databases used were Bireme, PubMed and College of Medicine Library of University of São Paulo from January 2003 to October 2013. The exclusion criteria were: when the full text was not available and when the language of publication was different from English and Portuguese. Twenty – two articles were selected.

#### *Results:*

In the twentieth century, hysterectomy was the contraceptive method mainly done in the mentally handicapped, due to the concept of the races' purification. Currently, the tutors request this surgical option when there is: lack of menstrual hygiene, maternal inability to take care of children, financial infeasibility of a pregnancy, concern about the heritability of the disease and risk of an unwanted pregnancy after being raped. However, the majority of the authors preferred the contraceptive pills and the injectable ones. For them, the hysterectomy and tubal ligation must only be considered when the less invasive contraceptive methods are unviable. There is not in the literature, a practical guide that correlates the different levels of intellectual disability with the capacity to accept and understand the consequences of a sterilizing surgical procedure. In this context, there are helpful methods such as the mini - mental state examination, the performance evaluation score of their daily activities and the score of their intelligence quotient.

#### *Conclusion:*

A significant historical change has been noticed to justify the practice of prophylactic sterilization surgery in the mentally disabled and the current contraceptive options are the less invasive methods. There is a need to develop technical tools to evaluate, mainly in the medical expertise area, the correct degree of disability and if really exists a consent from this kind of patient so that a correct security decision will be made.

*Keywords:* Sterilization, reproductive and Intellectual, disability.

*Titre :* « **La violence à l'hôpital : Risque professionnel ou mode d'échange et de communication ?** »

*Auteurs :* F. GUEHRIA, Y. MELLOUKI, L. SELLAMI, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA Abd

*Affiliation :* Service de médecine légale, Faculté de médecine d'Annaba (Algérie)

*Email :* [fguehria@gmail.com](mailto:fguehria@gmail.com)

### *Introduction :*

La violence a toujours existé dans la vie humaine, avec ses conséquences diverses. Elle constitue un problème majeur de santé publique, et fait plus d'un million de morts par an et plus encore de blessés dans le monde.

On estime le coût de la violence, chaque année dans le monde, à des milliards de dollars américains, en dépenses de santé et pour les économies nationales des milliards de dollars en absentéisme, en recours aux services de police et en investissements perdus.

La violence à l'hôpital à l'égard du personnel soignant et des biens est un phénomène croissant, qui provoque un climat de non-respect et un sentiment d'insécurité avec des conséquences majeures sur la qualité et l'accès aux soins.

La violence dans les établissements de soins se produit souvent loin des regards et les victimes ne peuvent pas se protéger ou encore se taisent sous le poids des conventions ou des pressions sociales.

La violence à l'hôpital est reconnue comme un problème sérieux dans de nombreux pays industrialisés ; la violence à l'encontre du personnel soignant est en fait un phénomène mondial.

### *But :*

Nous avons cherché à répondre à la question : « S'agit-il d'un risque professionnel ou un mode d'échange et de communication entre le personnel hospitalier et les personnes qui fréquentent l'hôpital ? »

### *Matériels et méthode :*

Nous avons soumis un questionnaire au personnel en risque potentiel de violence.

### *Résultats :*

Notre étude recense 180 réponses de victimes et/ou témoins.

Le groupe d'âge le plus exposé est celui des 24-29ans, avec une prédominance féminine.

Les services les plus exposés sont les urgences médicales et les urgences chirurgicales.

Les auteurs sont souvent les accompagnateurs du malade.

### *Conclusion :*

Notre enquête a permis de lever le voile sur un problème courant dans notre CHU et dont la fréquence ne cessera pas d'augmenter. Ce problème qui menace la sécurité privée et le rendement du personnel hospitalier.

*Mots clés :* Violence – Hôpital - Victime

*Titre :* « **Violences extrêmes et respect de l'intégrité et de la dignité humaines: expérience vécue par les médecins légistes du CHU de Bab-El-Oued Alger.** »

*Auteurs :* M. LAIDLI – K. TAHRAOUI -M. SIHADJDIABALLAH – K. BOUSSAYOUD – A. ABBAS – O. BOUZENADA

*Affiliation :* Faculté de médecine d'Alger

*Email :* [mslaidli46@yahoo.fr](mailto:mslaidli46@yahoo.fr)

Durant la période du terrorisme, le service de médecine légale recevait des corps humains dépecés et désarticulés. Cette situation particulière a fait émerger une demande inhabituelle de la part des proches des victimes, qui refusaient de prendre les corps dans cet état. En l'absence de traditions thanatopraxiques dans la culture algérienne, les médecins légistes ont fait face à ces circonstances douloureuses.

Les auteurs de ce travail rapportent ce vécu.

*Mots-clés :* terrorisme – dépecé – désarticulé - thanatopraxie

*Titre :* « **À propos de 02 cas de blessures par arme blanche : Utilité du suivi et de l'exploration.** »

*Auteurs :* N. BELKHEDJA, F. GUEHRIA, A. MIRA

*Affiliation :* Service de médecine légale CHU, Annaba

*Email :* [bellegiste@gmail.com](mailto:bellegiste@gmail.com)

*Abstract :*

Les plaies sont le témoin de la violence qu'elle soit due à un coup, une chute ou une autolyse.

Le médecin légiste est celui qui constate, décrit le traumatisme et en prévoit l'évolution ; son intervention peut redresser le diagnostic et conditionner la prise en charge des victimes. Lors de l'établissement de son rapport, il doit se soucier des causes exactes du traumatisme et des circonstances de sa survenue pour mesurer son ampleur et son retentissement global en termes d'incapacités.

Nous allons prendre l'exemple de deux observations qui illustrent bien le cas de blessures par une arme piquante qui provoque un orifice minime pour un trajet profond. Ils mettent en lumière les difficultés que peut rencontrer le médecin légiste pour caractériser une symptomatologie au moment de la première consultation et de faire le lien de causalité avec l'acte médico-légal.

Ces 02 observations nous permettent de discuter de l'intérêt d'instaurer un suivi régulier des victimes, dans le souci de suivre l'évolution des blessures et leur impact sur le plan judiciaire.

*Mots clés :* blessures, arme piquante, suivi ultérieur, collaboration.

**Titre :** « Corps meurtris des demandeurs d'asile victimes de torture : à propos du constat médico-judiciaire. »

**Auteurs :** B. MARC\* et \*\*, M. COGNET\*, L. ZERROUKI\*, C. BORAUD\*

**Affiliations :** \* Service des urgences médico-judiciaires, C.H. de Marne-la-Vallée  
\*\* Unité de médecine légale de proximité, C.H.I.C. Compiègne-Noyon

**Email :** [bmarc@ch-lagny77.fr](mailto:bmarc@ch-lagny77.fr)

### **Introduction :**

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ou la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme) interdisent fermement la torture.

Néanmoins, les cas sont si peu rares que le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a publié en 2005 le Protocole d'Istanbul avec un manuel pour lutter efficacement contre la torture. Ce protocole stipule que l'évaluation médico-légale, conduite avec objectivité et impartialité, doit être menée avec rigueur et impartialité, par des cliniciens ayant une formation dans le domaine de la documentation légale de la torture et autres formes de sévices physiques et psychologiques.

### **Matériel et méthodes :**

C'est en suivant ces recommandations que 102 demandeuses et demandeurs d'asile (DA) ont fait l'objet d'un examen médico-légal par l'un d'entre nous, dans une consultation médico-légale (CH Compiègne) ouverte pour attester des sévices subis dans leurs pays d'origine.

Sur 102 dossiers de 2011 à 2013, 92 ont pu être exploités sous forme d'étude rétrospective avec suffisamment de données.

### **Résultats:**

L'âge moyen des DA était de 32,23 ± 8,6 ans (2-57 ans) pour les deux sexes avec 55,4% des DA de sexe masculin (41/92) contre 44,57% de sexe féminin (51/92).

La plupart des DA étaient originaires d'Afrique sub-saharienne (80/92; 87%), 9/92 des Républiques asiatiques de l'ancienne URSS, 2 de Mongolie et 1 d'Europe (Kosovo).

41 des 80 Africains venaient du Congo (RDC), 15 du Nigeria, 10 d'Angola. Le jour de l'examen médico-légal, ils étaient déjà en France en moyenne depuis 13 mois (1-47), venus majoritairement pour des raisons politiques (50%), suite à des persécutions religieuses ou ethniques (7,6%) ou en raison de mutilations sexuelles (6,52%).

Parmi les DA, 84/92 se plaignent de sévices d'ordre physique (91,3%), 25/92 d'ordre psychique (27,2%) et 37/92 d'ordre sexuel (40,22%) dans leurs pays d'origine. Pour presque un quart d'entre eux 21/92, leurs familles avaient souvent fait l'objet de violences similaires comme homicides, viols, enlèvements. Les auteurs de ces différents actes de torture étaient très largement leurs geôliers - 50% des DA ont été incarcérés - (28/92 ; 30,4%), des militaires ou assimilés (14,1%), des policiers (9,8%) et la famille ou la communauté dans les cas liés aux tortures pour motifs religieux et de pratiques rituelles (10,9%).

Chez 75/92 des DA, des séquelles physiques ont été objectivées (81,5%) allant des cicatrices cutanées et osseuses aux mutilations, chez 29/92 des séquelles psychologiques avec un traitement nécessaire et chez 5/92 des séquelles sexuelles formellement objectivantes.

### *Conclusion:*

On peut noter que malgré le délai entre les faits et l'évaluation médico-légale, celle-ci, réalisée en application des recommandations du Protocole d'Istanbul, apporte des éléments de preuve utiles aux victimes d'actes de torture venues demander asile.

On peut logiquement conclure à l'importance de confier ce type d'examen aux médecins des U.M.J. en tant que praticiens qualifiés de la médecine légale du vivant.

*Titre :* « **La violence à l'encontre des femmes dans la région Alger-ouest au cours de l'année 2012** »

*Auteurs :* D. LAIDAOUÏ - A. SBAÏHI - A. MOSTEFAOÏ - F. MERAH

*Affiliations :* Service de médecine légale CHU Alger – Ouest Alger

*Email :* [dlaidaoui@yahoo.fr](mailto:dlaidaoui@yahoo.fr)

La violence à l'encontre des femmes est un problème universel qui touche des millions d'entre elles à travers le monde, quelles que soient leur culture, leur appartenance sociale ou leurs niveaux d'instruction. La multiplication des études, la pression des mouvements de femmes et des associations des droits de l'homme ont conduit à des progrès importants du droit international : cela a facilité la possibilité de conduire des enquêtes là où il n'y en avait pas encore. Il s'agit d'une étude prospective concernant 630 cas victimes de violence, qui ont été recensés au sein de notre unité de consultation médico-judiciaire durant l'année 2012 sur un nombre total de consultantes de 2 311. Notre but est de briser le déni social sur le problème de la violence à l'encontre des personnes de sexe féminin et de créer une synergie partenariale des institutions et des intervenants pour aider ces personnes à refuser cette violence qu'elles subissent comme une fatalité allant de soi.

*Mots clés :* violence à l'encontre des femmes – certificat médical - retentissements psychologiques

*Titre :* « **Caractéristiques sociodémographiques des abus sexuels à l'égard des enfants. A propos d'une étude faite dans le service de médecine légale du CHU d'Annaba** »

*Auteurs :* Y. ZERAÏRIA – F. GUEHRIA - Y. MELLOUKI – L. SELLAMI – F. KAÏOUS F. – A. MIRA

*Affiliation :* Service de médecine légale, faculté de médecine d'Annaba.

*Email :* [zerairia.yacine@gmail.com](mailto:zerairia.yacine@gmail.com)

**Résumé :**

Les abus sexuels à l'égard des enfants sont considérés depuis très longtemps comme une forme sérieuse de sévices. La prise en charge des victimes de ces violences est multidisciplinaire dont le but est d'assurer une protection tant sur le plan médical et psychologique, que social et judiciaire. Notre travail a comme objectifs de décrire ces abus sexuels selon leurs caractéristiques sociodémographiques et de mettre en exergue les circonstances médico-légales de leur production après analyse des dossiers des enfants victimes d'abus sexuels, examinés au service de médecine légale du CHU d'Annaba durant une période allant du 01 janvier 2012 jusqu'au 30 novembre 2013. Il s'agit d'une étude descriptive à recrutement rétrospectif et prospectif portant sur tous les cas d'abus sexuels commis sur des enfants (la définition de l'enfant figure à l'article premier de la convention relative aux droits de l'enfant : « tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »), ayant été pris en charge sur réquisition judiciaire durant la période allant du 01/01/2012 au 30/11/2013, soit vingt-trois mois.

La taille de l'échantillon est de 199 cas.

Le recueil des données a été fait à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant des paramètres épidémiologiques et cliniques classiques.

L'enfant abusé sexuellement est de sexe féminin (52,76 %), âgé entre 12 ans et 17 ans (57,98 %), scolarisé (66,85 %), issu d'un milieu rural (55,27 %), vivant avec ses parents (47,23 %) dans un logement collectif (56,28 %) et comportant trois pièces (58,79 %) pour une famille de six personnes ou plus (41,70 %).

Les parents sont âgés entre 30 ans et 40 ans (49,74 %) et ont un niveau d'instruction moyen ; en général, seul le père travaille (45,22 %) avec un revenu mensuel inférieur ou égal au SNMG (salaire national minimum garanti fixé à 18 000 dinars algériens) (63,81 %).

L'abus sexuel s'est produit dans un endroit isolé (61,81 %), par un seul agresseur (80,90 %), de sexe masculin (100 %), âgé entre 18 ans et 30 ans (68,84%), célibataire (57,28 %), connu (73,84 %), n'ayant pas d'activité professionnelle (46,23 %) ; dans 59,79 % des cas, aucune menace n'est utilisée au moment de l'abus.

L'examen d'un enfant victime d'abus sexuel est souvent considéré comme un nouveau traumatisme.

Il doit se faire le plus rapidement possible, par un médecin compétent en médecine légale. La prise en charge d'un enfant abusé sexuellement nécessite l'intervention d'équipes spécialisées et

multidisciplinaires; le médecin légiste en est le pivot.

Il y a nécessité :

- de mettre en exergue le rôle des associations.
- d'élaborer un programme de prévention des abus sexuels à l'égard des enfants.

*Mots clés* : abus sexuels ; enfant ; agresseur connu ; caractéristiques sociodémographiques.

*Titre* : « **Violence physique en sein de la famille: le nourrisson** »

*Auteur* : D. R. SCHILLACI

*Affiliation* : Université de Milan-Bicocca - Ecole de Médecine et Chirurgie - Département des Sciences de la Santé

*Email* : [daniela.schillaci@unimib.it](mailto:daniela.schillaci@unimib.it)

La violence envers les enfants au sein de la famille est un phénomène complexe et dépend de la combinaison de différents facteurs de risque: individuels, sociaux, culturels, économiques et familiaux. Les répercussions de la maltraitance sur la santé et le développement de l'enfant sont des atteintes à court et à long terme. Selon l'OMS, ce sont les jeunes enfants qui subissent le plus fréquemment la maltraitance physique et un des problèmes de la lutte contre les maltraitements des jeunes enfants est la fréquente absence de visibilité.

Le cas qui se présente concerne un nourrisson né à terme, sans problèmes, après une grossesse physiologique d'un couple marié depuis cinq ans, occupé et vivant dans une maison de leur propriété en une petite ville du Nord d'Italie. Trois semaines après la naissance, la petite a présenté des fissurations et exfoliations cutanées, traitée avec des antibiotiques locaux, avec un avantage temporaire et suspicion d'une maladie héréditaire due aux récives graves.

A l'âge d'un mois et demi, le père l'accompagne aux urgences pour immobilité du membre inférieur gauche et les radiographies ont détecté une fracture spiroïdale récente de la diaphyse du fémur gauche et un hématome calcifié à la diaphyse du tibia gauche. L'étude orthopédique et radiographique mena à l'exclusion des fractures pathologiques (syndrome de fragilité osseuse constitutionnelle), mais compte-tenu de la double occurrence des affections dermatologiques et orthopédiques sans cause apparente, il resta la suspicion d'un syndrome héréditaire.

Le service social du district fut averti de suspicion de maltraitements envers l'enfant, mais les mesures spéciales ne furent pas prises à part quelques entretiens avec les parents.

A l'âge des trois mois, la petite a présenté un arrêt cardio-respiratoire et hypertonie généralisée avec diagnose d'un hématome sous-dural et hémorragies rétiniennes à l'œil droit. Après exclusion des troubles hématologiques, infectieux et métaboliques, on a placé les diagnostics de syndrome du bébé secoué et signalé le cas au procureur de la République.

La reconstruction médico-légale a permis de déterminer la présence, pendant le premier trimestre de vie, des trois événements productifs des deux fractures au membre inférieur gauche, dont une méconnue, et un cadre intracrânien aigu cohérent avec un syndrome du bébé secoué (hématome sous-dural; hémorragies rétiniennes; contusions hémorragiques; absence de signes externes de traumatisme crânien).

Le cas s'est vérifié dans une famille sans facteurs de risque évidents, avec des parents autour des 30 ans, avec une bonne éducation et une situation socio-économique stable. L'expertise

psychologique et psychiatrique a successivement cadré le contexte émotif et psychique du couple. Au moment de l'expertise médico-légale la petite, de l'âge d'un an et demi, était placée dans un centre d'hébergement pour jeunes enfants. Un an après la dernière hospitalisation, l'IRM montrait une amélioration du cadre cérébral et un recouvrement neurologique progressif avec soutien physio thérapeutique. Pendant le séjour en centre d'hébergement, elle n'a pas plus présenté des troubles dermatologiques, ni fractures et ni hémorragies sous-durale ou rétinique.

Pendant la consultation, elle présentait une bonne réactivité au milieu et aux personnes sans méfiance et sans peur, avec une bonne capacité à marcher à quatre pattes et aussi à rester debout durant quelques instants, elle présente aussi un strabisme léger-moderé.

Après les trois étapes du procès pénal, la condamnation des parents pour comportement maltraitant a été confirmée avec éloignement de la petite de la famille d'origine et adoption par d'une autre famille.

A distance de sept ans des faits, les séquelles majeures de la petite étaient une hémiparésie droite incomplète, un strabisme et un retard mental léger avec la nécessité de physiothérapie continue.

La violence au sein de la famille, spécialement si elle implique le nourrisson et les parents, peut être difficile à reconnaître pour les professionnels de santé et peut par conséquent retarder l'assistance et la protection au nourrisson.

Dans ce cas, les lésions intracrâniennes, associées à des lésions extra-neurologiques multifocales avec incohérence entre mécanisme allégué et type de lésions/fractures, ont permis d'identifier les lésions comme non accidentelles et à attribuer à un comportement de maltraitance réitérée dans le temps.

**Mots clés:** maltraitance des enfants; syndrome du bébé secoué; traumatismes crânio-cérébraux; mécanisme lésionnelle

**Titre :** « *L'enfant maltraité* »

**Auteur :** H. THIAM

Une trahison, c'est ainsi que l'enfant qui subit des sévices qualifie sa relation à l'adulte qui a autorité sur lui et doit le protéger. Le terme de sévices, est associé à la notion de « maltraitements », qui peuvent revêtir plusieurs aspects : physiques, psychologiques, sexuels.

Cet enfant maltraité, se voit amputé de son humanité pour :

- être ramené au rang de chose, objet, moyen comme un autre, utilisable pour assouvir des pulsions,
- être persécuté par cet adulte sensé veiller sur son bien-être et sur son développement physique, psychique et affectif.

Dans tous les milieux sociaux, dans toutes les cultures, nous pouvons rencontrer des adultes « maltraitements », capables d'infliger des sévices de toutes sortes aux enfants dont ils sont les parents ou dont ils sont uniquement responsables parce qu'ils en ont la garde.

Comment aménager l'éducation de l'enfant soumis à l'influence de cet adulte défaillant ?

Comment penser la protection de l'enfant confronté à des violences, en qualité de victime, ou en tant que spectateur lors de conflits parentaux ?

Comment aménager un espace pour donner la parole à un enfant qui par ailleurs, n'est pas entendu ou reconnu ?

Comment déjouer la vulnérabilité de l'enfant face à un adulte ?

Comment donner à un enfant maltraité des armes pour une résilience qui lui permettra de transcender sa souffrance et continuer son développement le plus harmonieusement possible ?

Sans aucun étayage, la souffrance se manifeste, c'est ainsi que nous constatons : de la rébellion, des troubles du comportement qui attirent l'attention, des conduites à risque, un ensemble de signes qui se donnent à voir pour dénoncer le climat de violence dans lequel certains enfants évoluent.

Les pouvoirs publics, par le biais des services tels que l'Aide Sociale à l'enfance, ont pour mission de protéger l'enfant et le jeune majeur, ils se doivent de proposer, en partenariat, avec des institutions publiques et privées, des dispositifs adaptés et qui garantissent l'intérêt majeur de l'enfant.

Le devenir d'un enfant victime de sévices peut-être hypothéqué par les graves conséquences que cela entraîne parfois sur son développement physique, psychoaffectif et cognitif, le soustraire et le protéger d'un environnement hostile est l'objectif fixé par les mesures d'assistance éducative et les dispositifs de soins, mais sous quelle forme et dans quels délais.

*Titre : « L'histoire d'un infanticide ou les turpitudes d'un médecin de famille »*

*Auteurs : S. LARIBI, A. OUSSADIT*

*Affiliation : Université de TLEMCEM, faculté de médecine*

*Email : laribi\_taibi@yahoo.fr*

Le service de médecine légale du CHU TLEMCEM a connu une affaire singulière d'infanticide dans laquelle un médecin a été mis en cause. La genèse de cette affaire était la découverte du cadavre d'un nouveau-né, déposé à la maternité du CHU TLEMCEM.

La mère célibataire de ce bébé a eu recours aux services d'un médecin de famille. Celui-ci procéda à l'accouchement, à domicile, en dehors de toute structure de santé. Cet accouchement s'est terminé par la mort du bébé et de graves complications chez la mère (choc septique) qui motivèrent son hospitalisation urgente dans un service de soins intensifs. La mère a été examinée et une autopsie du nouveau-né a été pratiquée sur réquisition du Procureur de la République. Le praticien interrogé par la police judiciaire, avançait une version des faits cliniques en contradiction totale avec les constatations médico-légales. Il a fait l'objet d'une instruction judiciaire.

**Titre :** « *Mort accidentelle de l'enfant : à propos de 536 cas* »

**Auteurs :** S. MLAYEH<sup>1</sup>, W. MAJDOUB<sup>1</sup>, M. JEDIDI<sup>2</sup>, T. MASMOUDI<sup>2</sup>, MK. SOUGUIR<sup>2</sup>

**Affiliations :** 1 Service de Médecine Légale, Hôpital Ibn El Jazzar, Kairouan, Tunisie  
2 Service de Médecine Légale, Hôpital F.Hached, Sousse, Tunisie

**Email :** [mlayehsouheil@yahoo.fr](mailto:mlayehsouheil@yahoo.fr)

### **Introduction :**

La mort d'un enfant est un événement dramatique surtout que la majorité de ces décès sont d'origine accidentelle et sont réputés être maîtrisables.

En Tunisie, on ne dispose pas de statistiques exhaustives sur la contribution des différentes causes du décès notamment accidentelles dans la mortalité infantile.

Le but de ce travail est d'étudier les particularités épidémiologiques et thanatologiques des décès chez l'enfant dans le centre tunisien et de proposer des mesures préventives.

### **Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif des décès accidentels d'enfant ayant fait l'objet d'investigation médico-légale au service de médecine légale du C.H.U Farhat Hached de Sousse sur une période de 15 ans.

### **Résultats :**

Le décès accidentel chez l'enfant représente 8.9% de l'ensemble des morts médico-légales de l'enfant et 82.8% des morts violentes avec une prédominance masculine.

La noyade est la première étiologie des morts accidentelles suivie des accidents de la voie publique puis de l'électrocution, des brûlures et des morts toxiques. Le monoxyde de carbone était le premier toxique incriminé dans la mortalité accidentelle infantile.

### **Conclusion :**

La mort accidentelle de l'enfant constitue un réel problème de santé publique. Ces morts doivent être intégrés dans les politiques de lutte contre la mortalité infantile. La prévention doit passer essentiellement par l'amélioration de l'infrastructure, la lutte contre les disparités inter-régionale et intra régionale et surtout l'éducation des parents.

Notre étude constitue le début d'une étude multicentrique dont le but est de créer un registre national sur les décès des enfants.

**Mots clés :** thanatologie, mort accidentelle, autopsie

*Titre :* « **Étude de la responsabilité médicale en Tunisie à travers l'analyse de 130 expertises, Responsabilité médicale et hospitalière** »

*Auteurs :* M. ZRIBI, W. BEN AMAR, S. BARDAA, Y. NOUMA, K. JAMMELLI, S. MAATOUG

*Affiliation :* Service de médecine légale CHU. H. Bourguiba 3029 Sfax – Tunisie

*Email :* [malezrubi2004@yahoo.fr](mailto:malezrubi2004@yahoo.fr)

### *Introduction:*

La responsabilité médicale occupe, aujourd'hui, une place importante dans l'activité judiciaire de notre pays. Elle se trouve plus qu'hier au cœur d'un débat social.

L'objectif de notre travail est de rappeler les fondements de la responsabilité médicale en Tunisie, discuter les conditions de mise en jeu des différents types de responsabilité médicale, de décrire les particularités de l'expertise en responsabilité médicale et de proposer des mesures préventives, des précautions et des conseils afin de réduire la mise en jeu de la responsabilité du médecin quel que soit son mode d'exercice.

### *Matériel d'étude:*

Il s'agit d'une étude rétrospective. Cette étude porte sur 130 expertises médicales pratiquées au service de médecine légale du CHU H. Bourguiba de Sfax, durant une période de 9 ans (2004 - 2012). Nous nous sommes basés sur l'exploitation des données fournies par l'ordonnance judiciaire, l'interrogatoire de la victime, l'étude du dossier médical et le rapport d'expertise médicale.

### *Résultats :*

Le nombre des affaires en responsabilité médicale a connu une nette augmentation lors de ces dernières années. Actuellement, on note une moyenne de 16 affaires par an. Les deux secteurs, public et privé, ont été concernés presque de la même façon par ces affaires.

La voie pénale est la voie la plus sollicitée par les plaignants, avec 64% des affaires. Cependant, nous avons remarqué que, comparativement à des études antérieures, ce taux a connu, quand même, une régression au profit de la voie civile.

Dans notre travail, la chirurgie orthopédique est la spécialité la plus concernée par les affaires en responsabilité médicale avec un taux de 22%. L'expertise médicale a été demandée systématiquement dans toutes les affaires. Son objectif essentiel a été la recherche d'une faute médicale dans les soins prodigués. Les experts ont retenu la faute dans 35% des cas. Parmi les fautes de technique médicale, la faute thérapeutique a été notée dans 33 affaires, la faute diagnostique dans 6 affaires et la faute par défaut de surveillance dans 4 affaires. La faute par défaut d'information a été retenue dans une affaire. Le dommage, en cas de faute retenue, a été un décès, dans 22% des cas, ou des séquelles, dans le reste des cas.

Le dommage était en rapport avec un aléa médical dans 25%.

### *Conclusion :*

La mise en jeu de la responsabilité médicale, quelle que soit la spécialité, est permanente. La diminution des plaintes en responsabilité médicale peut être réalisée par le respect des règles légales, des dispositions déontologiques et des règles éthiques et de la bonne pratique médicale.

*Mots clés:* responsabilité, faute médicale, orthopédie, jurisprudence

*Titre :* « **Le textilome : quelle responsabilité du médecin ?** »

*Auteurs :* M.A. MESRATI, N. HAJ SALEM, A. AISSAOUI, A. CHADLY

*Affiliation :* Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir Tunisie

*Email :* [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

### *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 et radiologique, un abcès ou une tumeur rendant ainsi son diagnostic difficile. Le textilome peut engager la responsabilité de l'équipe soignante. Nous rapportons cinq cas de textilomes et nous discutons de ses principaux diagnostics différentiels ainsi que de ses implications médico-légales.

### *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 Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie). 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.

### *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 :*

Une faute dans la prise en charge d'un malade est la hantise de tout médecin traitant. Le textilome est une forme de dommage qui peut engager la responsabilité de l'équipe soignante.

*Mots clés :* textilome – responsabilité

*Titre :* «**The behavior of physicians in cases when medical errors occur.** »

*Auteur :* S. D'ERRICO, S. PENNELLI, A. COLASURDO

*Affiliation :* IRCCS CROB Rionero in Vulture

*Email :* [stefanoderrico@hotmail.com](mailto:stefanoderrico@hotmail.com)

**Objective:**

The aim of this study is to investigate the behavior of physicians in cases when medical errors occur.

**Design:**

A cross sectional survey.

**Setting:**

An anonymous questionnaire consisting of 15 questions was prepared and administered to all the physicians working at the oncological hospital of Rionero in Vulture (the IRCCS CROB – the Oncology Centre for Basilicata).

**Participants:**

48 medical doctors. 24 of the medical staff, 15 surgeons and 9 of the diagnostic staff.

Main outcome measure: evaluating the feasibility of adopting a full disclosure policy and the extent to which such a policy can help reduce administration and legal costs.

**Results:**

Physicians interviewed unanimously recognize the importance of error disclosure, given that they themselves would want to be informed if they were the patients, but 50% have never disclosed a medical error to their patients. Fear of losing the patient's trust (33%) and fear of lawsuits (31%) represent the main obstacles to error disclosure.

**Conclusion:**

Authors found physicians' appreciation for a full policy disclosure at oncological hospital of Rionero in Vulture. Much more studies have to be carried out to be able to comprehend the economic impact of a full error disclosure policy.

**Titre :** « *Condamnation d'un pédiatre à raison d'un signalement : absence fautive de prudence et de circonspection* »

**Auteurs :** R. BOUVET(1,2), M. PIERRE(1,3), M. LE GUEUT(1,2)

**Affiliations :** 1. Centre hospitalier universitaire, service de médecine légale et médecine pénitentiaire, Rennes  
2. Université de Rennes 1, faculté de médecine  
3. Centre hospitalier universitaire, département de médecine de l'enfant et de l'adolescent,

**Email :** [renaud.bouvet@chu-rennes.fr](mailto:renaud.bouvet@chu-rennes.fr)

La possibilité de signaler aux autorités judiciaires ou administratives des faits de sévices ou de privations est une dérogation légale au secret professionnel auquel sont astreints les pédiatres. Le signalement de situations de danger évidentes nécessitant des mesures urgentes ne pose généralement pas de difficultés pour les praticiens. Mais il est des situations plus complexes dans lesquelles l'évidence du danger et l'urgence de l'action sont moins certaines, et où la question de l'opportunité du signalement se pose.

Les poursuites contre un médecin à raison d'un signalement sont rares et les condamnations restent exceptionnelles. Dans une affaire récente concernant un pédiatre, le juge disciplinaire ordinal et le juge civil ont considéré que la faute du médecin résidait non dans le fait d'avoir signalé, mais de l'avoir fait en manquant de prudence et de circonspection, compte tenu du caractère conflictuel du divorce des parents. Les juridictions ont par ailleurs considéré que les faits dénoncés ne constituaient pas des sévices ou des privations.

Dans de tels cas, la prudence et la circonspection encouragent à promouvoir une évaluation pluridisciplinaire des enfants et des familles, associant pédiatres, médecins légistes, pédopsychiatres et services sociaux.

**Mots clés :** signalement judiciaire, responsabilité médicale, enfance en danger

**Titre :** « *Le mieux est l'ennemi du bien* »

**Auteurs :** E. MESLIN

**Affiliations :** Center of bioethics Indiana University USA

“*Le mieux est l'ennemi du bien.*” This familiar quote from Voltaire has become a common aphorism suggesting that sometimes it is preferable to make things better rather than striving for perfection. This is the challenge facing the Declaration of Helsinki, whose 50<sup>th</sup> anniversary revision published in October 2013 improves upon past versions, but falls short of significant improvements. To illustrate this point, this presentation will focus on two of Helsinki’s most controversial and difficult provisions – principle 33 (provision of placebo), and principle 34 (post-trial provisions).

And here is my translation (from Google).

“*Le mieux est l'ennemi du bien.*” Cette citation familière de Voltaire est devenue un aphorisme commun suggérant que, parfois, il est préférable de rendre les choses meilleures, plutôt que de rechercher la perfection. C'est le défi de la Déclaration d'Helsinki, dont la révision du 50<sup>e</sup> anniversaire publiée en Octobre 2013 améliore les versions précédentes, mais reste à court d'améliorations significatives. Pour illustrer ce point, cette présentation mettra l'accent sur deux des dispositions les plus controversées et difficiles de la déclaration d'Helsinki – le principe 33 (mise à disposition d'un placebo), et le principe 34 (dispositions après le procès).

**Titre :** « *Révision de la Déclaration d'Helsinki : un exemple de contribution à la consultation publique* »

**Auteurs :** V. ANASTOSOVA, E. RIAL-SEBBAG, A. CAMBON-THOMSEN

**Affiliation :** Inserm, Unité 1027 Épidémiologie et analyses en santé publique : Risques, maladies chroniques et handicaps, Toulouse, 31062, Cedex 9, France  
Université de Toulouse III - Paul Sabatier, UMR 1027, Toulouse

**Email :** [velizara\\_anastasova@abv.bg](mailto:velizara_anastasova@abv.bg)

En avril 2013, l'Association Médicale Mondiale a organisé une consultation publique à propos de la révision de la Déclaration d'Helsinki. Cette initiative tend à renforcer la protection des participants aux recherches biomédicales, et en particulier des groupes vulnérables, notamment par l'inclusion de la question de leur indemnisation ainsi que la création d'obligation post-étude.

Notre équipe de recherche, dirigée par Dr. Anne CAMBON-THOMSEN, a contribué à la consultation publique. Notre réponse s'est fondée sur les discussions menées au sein de l'équipe et sur l'analyse

réalisée dans le contexte des projets de recherche européens MeDALL (Mechanisms of the Development of ALLergy) et EuroTARGET ("Targeted therapy in Renal cell cancer: GEnetic and Tumour related biomarkers for response and toxicity"). Ces deux projets ont servi de base à notre communication parce qu'ils impliquent des personnes vulnérables, respectivement des enfants et des adultes atteints du cancer du rein.

A un niveau général, nous avons souligné l'absence de motivation concrète pour cette révision. En outre, nous avons affirmé la nécessité d'introduire dans le corps de la Déclaration de nouvelles notions telles que la communication des résultats (généraux et individuels) et la divulgation des découvertes fortuites.

Sur un plan plus spécifique, plusieurs points ont été discutés : la notion de bénéfices complémentaires dans le cadre de la recherche impliquant des personnes vulnérables ; les nouvelles attributions des Comités d'éthique à la fin de la recherche ; la nécessité d'actualiser la disposition relative à la vie privée et à la confidentialité au regard des nouvelles technologies ; plus de précisions sur la notion des dispositions post-étude ; le consentement pour la recherche utilisant du matériel humain identifiable ; les obligations des différents acteurs impliqués dans la production et dissémination des résultats de recherche ; et plus de rigueur dans la procédure concernant des interventions non avérées.

Cette communication nous a permis de procéder à la comparaison entre la nouvelle version de la Déclaration, publiée en octobre dernier, et nos suggestions et commentaires. Au terme de cette comparaison, nous avons pu conclure que nos observations n'ont été que partiellement retenues. Néanmoins, celles-ci représentent de réelles questions qui se posent actuellement en bioéthique et qui ne manqueront pas de se poser dans le futur.

*Mots clés* : Déclaration d'Helsinki, révision, contribution, propositions concrètes

*Titre* : « **La révision de la déclaration d'Helsinki : une perte de chance ?** »

*Auteurs* : E.RIAL-SEBBAG\*, E. MESLIN\*\*

*Affiliations* : \*Chargée de Recherches INSERM, UMR U 1027, Inserm, Université de Toulouse - Université Paul Sabatier -Toulouse III, Plateforme Sociétale « Génétique et Société »

\*\*Director, Indiana University Center for Bioethics, Professor of Bioethics and Associate Dean, Indiana University School of Medicine, Director, Indiana University-Moi University Academic Research Ethics Partnership, Co-Director, Center for Law, Ethics and Applied Research in Health information (CLEAR)

*Email* : [emmanuelle.rial@univ-tlse3.fr](mailto:emmanuelle.rial@univ-tlse3.fr)

Octobre 2013 aura marqué la signature de la 10ème révision de la Déclaration d'Helsinki par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale (AMM). Cette Déclaration est considérée comme un standard éthique pour la conduite des recherches notamment dans un contexte international. Plus souple en sa forme qu'une législation, elle dispose du degré de flexibilité permettant sa révision à chaque fois que l'Assemblée des membres le juge nécessaire soit que de nouvelles techniques médicales émergent et nécessitent d'être adressées, soit que certaines

dispositions sont devenues obsolètes. C'est dans un contexte d'évolution, notamment des essais cliniques, de leur méthodologie mais aussi d'émergence de nouvelles technologies (notamment en génétique telle que l'augmentation de la capacité de séquençage) que cette nouvelle révision est intervenue.

Une première analyse des révisions successives de la Déclaration nous a montré que le processus de révision avait alterné des révisions mineures (ex. 2002) et des révisions majeures (ex. 2000) ces dernières formant la réelle « doctrine » de l'AMM en permettant de procéder aux changements nécessaires au maintien de la Déclaration comme un standard de haut niveau au service des acteurs de la recherche. Ainsi face à l'émergence de nouveaux enjeux soulevés par les progrès de la biologie ou de la médecine, la Déclaration dispose-t-elle des moyens et des méthodes afin de s'adapter rapidement et de répondre de manière adéquate aux enjeux de protection des participants à la recherche.

Cette présentation s'attachera à analyser si la présente révision peut être qualifiée de « mineure » ou « majeure » et aura pour objectif de s'interroger sur l'adéquation du texte adopté au regard des pratiques et enjeux émergents en médecine et en biologie. Pour servir cette analyse, nous faisons l'hypothèse que l'AMM, considérée en tant qu'institution, a vu son rôle et ses moyens accrus dans le champ de l'éthique biomédicale internationale. Ses pouvoirs se sont renforcés, sa structuration, à travers notamment la participation de ses bureaux régionaux ou encore l'emploi de la méthode de consultation publique pour cette révision, la rapproche de ce que l'on connaît de la gouvernance d'une organisation internationale. Ainsi cette nouvelle organisation se voit dotée d'une plus grande légitimité, ce qui s'accompagne également d'une plus grande responsabilité dans la cohérence des propositions d'encadrement qui sont faites. Sur le fond, certaines thématiques, ont selon nous, échappé totalement à l'application de la Déclaration alors même qu'elles sont largement discutées en pratique et qu'elles soulèveront des enjeux majeurs dans le futur. C'est notamment le cas des nouvelles générations de séquençage ou encore la production de données personnelles massives en recherche (Big Data). Si ces nouvelles techniques ne portent pas plus atteinte à l'intégrité corporelle des participants à la recherche qu'auparavant, ce sont les informations qu'elles portent et leurs utilisations contemporaines qui posent questions ainsi que la nature des risques potentiels pour les personnes dont elles sont issues. Ainsi, bien que centrée sur le risque d'atteinte au corps, la Déclaration devrait dorénavant intégrer d'avantage les risques liés à la protection de la (nouvelle ?) vie privée et de la confidentialité, ce qu'elle avait commencé à faire en intégrant sous le chapeau de sa protection les collections d'échantillons biologiques et les données identifiantes qui pouvaient y être associées (2000) et en leur adossant une procédure spécifique de consentement (2008).

En conclusion, nous proposerons des pistes pour améliorer le recueil des besoins de la communauté des chercheurs afin d'évaluer aux mieux les pratiques émergentes et de les appréhender de manière adéquate au sein de la Déclaration. Nous proposerons notamment que soit mis en œuvre un système d'évaluation continue reposant sur les nouvelles techniques informatiques.

*Mots clés* : Déclaration d'Helsinki, processus de révision, gouvernance, vie privée

*Titre :* « **Nouvelle version de la Déclaration d'Helsinki: analyse comparée avec la législation française? »**

*Auteur :* B. BOYER-BEVIERE

*Affiliation :* Université Paris 8, Université Paris-Lumières, Laboratoire de droit médical et de droit de la santé (EA 1581)

### *Introduction :*

Adoptée en juin 1964 par l'Association Médicale Mondiale, la Déclaration d'Helsinki a été modifiée en octobre 2013 lors de la 64<sup>ème</sup> Assemblée générale à Fortaleza (Brésil). Cette déclaration énonce les principes éthiques applicables à la recherche impliquant des êtres humains. La nouvelle version de ce texte, qui a déjà fait antérieurement l'objet de diverses révisions successives, comprend d'importantes transformations et compléments.

L'objet de cette présentation est une analyse comparée de la nouvelle version de la Déclaration d'Helsinki avec la réglementation française qui subit actuellement diverses modifications (Loi Jardé, modifications à prévoir suite au Règlement européen dont l'accord a été adopté le 23 décembre 2013 et qui fera l'objet d'une adoption formelle au printemps 2014, Code de déontologie médicale).

### *Matériel et méthodes :*

Cette étude sera basée principalement sur l'étude des textes, à savoir la Déclaration d'Helsinki, la loi actuellement applicable sur la recherche en France, la loi Jardé et le règlement européen. La méthode sera une identification des principales thématiques de la Déclaration d'Helsinki et une comparaison avec les dispositions législatives françaises. Il sera ainsi, par exemple, concernant les principes fondamentaux : protection de la vie, de la santé, la dignité, l'intégrité, le droit à l'autodétermination, la vie privée et la confidentialité des informations portant sur les personnes impliquées dans la recherche. De même, les thématiques telles que la formation éthique des professionnels de la recherche, la protection adaptée des personnes vulnérables, les considérations éthiques à insérer dans le protocole de recherche, l'approbation par un comité d'éthique (CPP en France), la balance risques, inconvénients/l'importance de l'objectif de la recherche, l'information et le consentement, l'utilisation d'un placebo, l'enregistrement, la publication, la dissémination des résultats de la recherche, etc. seront envisagés.

### *Résultats attendus :*

La présentation aura pour objectif de mettre en exergue les principales réformes de la Déclaration d'Helsinki dans sa nouvelle version et de les comparer avec les dispositions législatives essentielles de la loi française sur la recherche actuellement applicables. Certaines préconisations pourront être envisagées pour une amélioration du dispositif législatif existant.

*Conclusion :*

Les réformes issues de la Déclaration d'Helsinki et de la loi sur la recherche française sont significatives d'une nouvelle perception de la recherche sur les êtres humains compte-tenu des avancées scientifiques, du nécessaire développement de la recherche et de l'innovation en France pour la rendre plus attractive et compétitive. Il ne doit pas être perdu de vue que toute recherche doit prioritairement se faire en prenant en considération la protection des sujets de recherches. Il en va de la dignité des personnes, principe fondamental, mis en exergue autant par les Déclarations internationales que par les textes français.

*Titre :* « *La qualification du crime de viol : entre définition légale imprécise et tendance à la correctionnalisation judiciaire* »

*Auteurs :* A. TOURE, I. FRANÇOIS, C. HERVÉ.

*Affiliation :* Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris Descartes.

*Email :* [toureaminata13@gmail.com](mailto:toureaminata13@gmail.com)

Le viol est défini à l'article 222-23 du code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». La loi établit une distinction claire entre l'infraction criminelle de viol (articles 222-23 à 222-26) et les autres agressions sexuelles, qui sont de nature délictuelle (article 222-27 à 222-31). Néanmoins, l'application du droit pénal trouve ses difficultés dans l'exercice délicat de la qualification des faits, notamment dans ce domaine particulier des infractions à caractère sexuel. Il est ainsi tristement admis en doctrine juridique que ce domaine sensible est en proie à des incertitudes et des erreurs de qualification fréquentes. Les nombreuses fluctuations jurisprudentielles relatives à la qualification de viol en attestent, tout comme la pratique de la correctionnalisation judiciaire, particulièrement constante en la matière, par laquelle les autorités judiciaires soustraient délibérément aux cours d'assises la connaissance d'infractions criminelles, pour les déférer aux juridictions correctionnelles. L'acte de pénétration, élément constitutif du crime de viol, peut ainsi être « oublié », entraînant une disqualification du viol en agression sexuelle.

#### *Problématique:*

Cette correctionnalisation, initialement non prévue par le code de procédure pénale mais fortement intégrée dans la pratique judiciaire depuis un certain temps, a été légalisée par la loi Perben II, du 9 mars 2004. Les raisons qui incitent les parquets à recourir à ce déclassement de l'incrimination sont multiples et peuvent se résumer par la lourdeur et la longueur de la procédure criminelle (les jurés doivent être informés du contenu du dossier afin de pouvoir décider en leur intime conviction ; en outre, il est souvent reproché une certaine imprévisibilité des décisions d'assises en raison de la présence d'un jury populaire et de sa sensibilité au réquisitoire ou aux plaidoiries, tandis que le tribunal correctionnel composé de magistrats professionnels, aurait une réaction sociale plus adaptée ; enfin, la preuve d'un délit est en théorie plus facile à rapporter que celle d'un crime).

Le viol et les autres agressions sexuelles sont soumis à des éléments communs de consommation, auxquels se rattache le défaut de consentement de la victime ; il est alors aisé de ne retenir que cette généralité au mépris de leur spécificité, et de traiter en agression ce qui relèverait d'un viol. En effet, si une agression sexuelle n'est pas nécessairement un viol, ce dernier est nécessairement une agression sexuelle ; la tentation de jouer sur la proximité des deux qualifications peut alors être grande. Néanmoins, au regard des conséquences procédurales de cette opportunité répressive, la question de la légitimité et plus généralement des justifications de cette pratique doit être posée. D'abord parce qu'elle entre en contradiction avec des principes fondamentaux de

notre droit tels l'égalité devant la loi ou la légalité des délits et des peines et ses corollaires, à savoir l'interprétation stricte de la loi pénale et la sécurité juridique. Ensuite, parce qu'elle fait perdre aux incriminations concernées toutes les nuances recherchées au titre de leur distinction. Enfin, parce que cette pratique, restée longtemps dans l'illégalité, demeure peu encadrée et semble obéir à des considérations singulières. Ce décalage entre l'infraction constatée, et l'infraction poursuivie et sanctionnée, résulte-t-il des particularités inhérentes à l'incrimination de viol, et notamment la délicate question du consentement de la victime, ou de considérations purement organisationnelles et gestionnaires, au mépris de la gravité de l'infraction et/ ou de la vulnérabilité de la victime ?

« Les cliniques du viol » P.A. DELPLA - Université Paul Sabatier Toulouse III (résumé non reçu à ce jour)

« Une réflexion sur les limites de l'apport de l'examen médico-légal des victimes de viol. » I FRANÇOIS-PURSSEL - CHU Dijon, EA 4569 (Paris Descartes) (résumé non reçu à ce jour)

#### **ATELIER N7 - Noyade Coordonnateur : B. LUDES**

Constat de diagnostic médico-légal de la noyade - I. PLU (résumé non reçu à ce jour)

Examens complémentaires :

- examen anatomo-pathologique - T. LEFRANCQ (résumé non reçu à ce jour)
- analyse toxicologique – A. TRACQUI (résumé non reçu à ce jour)
- la place des diatomées – B. LUDES (résumé non reçu à ce jour)

**Titre :** « *Les agressions sexuelles chez les adolescentes à Sidi Bel-Abbès en 10 mois* »

**Auteurs :** M. DJILALI MERZOUG, O. HADJAZI, M. NOUN, M. BENRABAH, L. BELHADJ, A. BOUBLENZA

**Affiliation :** CHU Sidi Bél-Abbès - Algérie

**Email :** [hadilahmed13@yahoo.fr](mailto:hadilahmed13@yahoo.fr)

### **Introduction**

Le problème des agressions sexuelles a actuellement pris une grande ampleur, même si l'Etat et les associations sociales font ensemble un travail important. Cependant, le phénomène a de très grandes failles et il reste un grand travail à faire.

### **Méthodes:**

Les études dans notre service et spécialement dans l'unité de sexologie dirigé par le Dr Mustapha NOUN ont permis de trouver plusieurs points communs dans les causes directes des agressions chez les mineurs et spécialement chez les adolescentes.

Parmi ces causes on note :

- le niveau intellectuel bas de l'un ou des parents,
- l'absence totale de l'un des parents ou des deux,
- le niveau socio-économique très bas,
- parfois, le travail des adolescentes,
- le mariage précoce des parents (surtout la mère qui peut être mineure).

### **Résultats:**

Donc, les études ont montré que le travail sur la base des jeunes filles commence dès le bas âge. La responsabilité de ce phénomène est partagée entre plusieurs institutions (éducation surtout....)

### **Conclusion:**

Ce phénomène responsabilise les jeunes filles à tout âge, mais il peut durer lors d'autres phases de vie. On doit toutes les aider au niveau de notre service de médecine légale.

**Titre :** « *Abus sexuels sur mineurs.* »

**Auteurs :** N. AYADI, A. BOUCHAAR

**Affiliation :** Faculté de médecine d'ORAN

**Email :** [drayadi.nawel@hotmail.fr](mailto:drayadi.nawel@hotmail.fr)

L'abus sexuel sur mineur est un phénomène de société qui prend de l'ampleur ; c'est un véritable tabou...

L'enfant victime d'agression sexuelle est un patient un peu particulier qui a besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire : le médecin légiste, le psychologue, le pédiatre...

Dans cette communication, on va essayer de répondre à quelques questions :

Comment fait-on l'examen d'une victime ?

Quels sont les différents types d'abus ?

Comment prendre en charge l'enfant victime d'abus sexuels ?

*Mots clés:* enfant, prise en charge, victime

*Titre :* « **Parcours des femmes victimes de violence conjugale portant plainte « Parcours des Combattantes » à propos de 47 femmes »**

*Auteurs :* N. BEN AMMAR<sup>1</sup> – S. BARDAA<sup>2</sup>- Y. NOUMA<sup>2</sup>- W. BEN AMAR<sup>2</sup> –Z. HAMMAMI<sup>2</sup> – S. MAATOUG<sup>2</sup>

*Affiliations :* 1- office national de la famille et e la population Tunisie  
2- service de médecine légale du centre hospitalo-universitaire Habib BOURGUIBA Sfax Tunisie

*Email :* [benammar71@yahoo.fr](mailto:benammar71@yahoo.fr)

### *Introduction :*

La violence conjugale est un problème de société qui est encore tabou, nombreuses sont les femmes qui en souffrent en silence car elles ont été éduquées dans une culture qui favorise l'homme et tolère la violence à l'égard des femmes.

### *Objectifs :*

Etudier les types de violences exercés sur les femmes, les raisons des agressions et les difficultés rencontrées par les victimes qui veulent sortir de ce cycle de la violence conjugale.

Nous apportons, dans cette étude, des éclaircissements sur les différentes raisons, facteurs et les soucis qui soit favorisent la prise de conscience et la prise de décision de la rupture du cycle par la femme victime de la violence soit la dissuadent et la coïncent dans cette relation violente.

### *Matériels et Méthodes :*

Nous avons procédé par une étude prospective intéressant quarante-sept femmes victimes de violence conjugale, portant plainte contre leur mari et consultant le service de médecine légale du centre hospitalo-universitaire Habib BOURGUIBA Sfax sur réquisition pour obtenir un certificat médical (CMI). Les données ont été recueillies à partir des questionnaires, des CMI ainsi que les examens cliniques.

### Résultats :

L'analyse des résultats a montré que les femmes âgées de plus de 41 ans portent moins de plainte pour violence conjugale que les autres, que les femmes ayant un niveau socio-économique et un niveau scolaire bas trouvent moins le courage de s'en sortir des relations violentes. L'isolement des femmes de leur entourage, la présence d'enfant, la pression sociale, la dépendance financière ainsi que la tolérance de la violence conjugale par la société sont des facteurs qui affaiblissent les femmes victimes.

Nous avons constaté que le manque de communication, la consommation d'alcool ou de drogue par le conjoint, le bas revenu du mari, sont des facteurs favorisant l'installation de la violence.

Durant les années du mariage toutes les femmes de notre étude ont été victimes des différents types de violence : psychologique, physique, sexuelle et économique mais la seule raison de porter plainte est la violence physique.

L'espoir de pouvoir changer le comportement de leur conjoint, la pression sociale, les problèmes économiques, le besoin de la présence du père, le manque des connaissances judiciaires des femmes en matière de violence conjugale, l'absence de réseau multidisciplinaire qui peut aider les femmes battues dans leur parcours, l'amour sont les principaux facteurs poussant les femmes à retirer leurs plaintes.

### Conclusion :

Nous avons conclu que, les femmes victimes de violence conjugale passent souvent par un processus long et dur avant de prendre la décision définitive de sortir de la relation violente, ce processus est souvent méconnu par les différents intervenants.

La conviction que le mari ne changera jamais, le dépassement du seuil de la tolérance, la peur pour les enfants, sont les principales raisons du maintien de la plainte.

Les facteurs aidant les femmes victimes à prendre la décision de rompre le cycle sont essentiellement le soutien familial, la prise de conscience de la situation de femme battue, l'existence d'un lieu de résidence loin du conjoint

La procédure judiciaire, par sa lenteur d'un côté et en rendant l'infraction de la violence conjugale « une infraction privée » d'un autre côté, n'aide pas les victimes à s'en sortir mais priorise une stabilité familiale factice à la santé des victimes et de leurs enfants.

En plus l'incrimination des seules violences physiques volontaires laisse les autres types des violences psychologique, sexuelle surtout le viol conjugal, sans sanction malgré leur impact sur la détérioration générale de l'état de santé de la victime.

Donc une meilleure connaissance de la violence conjugale et du processus par lequel passent les victimes, la mise en place d'un réseau multidisciplinaire, ainsi qu'une amélioration des textes législatifs concernant la violence conjugale permettront une meilleure prise en charge de ces victimes et faciliteront la rupture du cycle de la violence.

**Mots clés :** violence conjugale- plainte-

**Titre :** « Violence envers les femmes dans le milieu conjugal : A propos de 319 cas »

**Auteurs :** I. EL JAMALI\*, A. BELHOUSS\*, F. AIT BOUGHIMA\*\*, A. DAMI\*, H. BENYAICH\*

**Affiliation :** \*Service de Médecine Légale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc  
\*\*Université Mohamed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat,

Maroc.

Email : [imadel21@gmail.com](mailto:imadel21@gmail.com)

Bien qu'elle soit reconnue comme un problème majeur de santé publique et une atteinte directe aux droits de l'homme, la violence fondée sur le genre reste largement réponde dans tous les pays notamment le nôtre où l'insuffisance des études à l'échelle nationale rend l'appréciation de ce phénomène assez difficile.

Notre étude porte sur 319 victimes de violence, qui ont consulté dans le service de médecine légale du CHU Ibn Rochd de Casablanca durant la période allant du mois de Septembre 2012 au mois d'août 2013.

La victime est le plus souvent une femme jeune, sans profession dans 63% des cas, battue d'une manière récidivante (plus de 03 fois dans 90% des cas) le plus souvent au domicile conjugal.

La violence physique a été le motif principal de consultation mais d'autres formes de violences associées ont été rapportées notamment verbales (10%), psychologiques (9%), sexuelles (7%) et économiques (12%).

Il est, toutefois, important de préciser que notre pays s'est engagé à considérer comme prioritaire la lutte contre la violence domestique et à mettre en œuvre des actions visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes applicables à tous les niveaux.

*Mots-clés* : violence, conjugale, modalités, épidémiologie

*Titre* : « Sur un cas singulier de brûlures par abrasion »

*Auteurs* : A. VERZELETTI, F. CONSIGLIERE

*Affiliation* : Istituto di Medicina Legale, Università degli Studi di Brescia, Piazzale Spedali Civili 1, 25123, Brescia Italie

*Email* : [verzelet@med.unibs.it](mailto:verzelet@med.unibs.it)

### *L'histoire clinique*

Le 3.06.12 une fille de 9 ans voyageait sur le lit d'un camping-car qui roulait sur la voie du milieu d'une autoroute. En raison d'une violente collision avec un véhicule, le camping-car était projeté à gauche, se renversait et éraflait avec le côté droit sur l'asphalte sur une vingtaine de mètres. La jeune fille, qui avait été comprimée entre le lit et la partie droite du camping-car, par la rupture du hublot s'éraflait sur l'asphalte. Secourue par le SAMU, elle était transportée aux urgences d'un hôpital. Le service de chirurgie plastique enregistrait une perte importante de substance dans la région lombo-sacrée, avec brûlures de friction avec l'asphalte dans la région fessière gauche, sans aucun signe de saignement. L'enfant était admise en pédiatrie et le 06.06.12 et transférée au service de chirurgie plastique d'une autre structure, où elle fut soumise à deux opérations sous anesthésie générale: la première de simple pansement, la deuxième de greffe dermo-épidermique. Le 19.06.12, l'enfant était renvoyée à la maison mais le 10.07.12 était de nouveau admise dans le service de chirurgie plastique où, le 11.07 et le 16.07, elle était soumise à des interventions de pansement sous sédation. Le 30.07.12, un psychologue signalait la présence d'éléments indicatifs d'un « post-traumatic stress disorder » (axe DSM-IV I). Le 26.09.12, un physiatre attestait la présence de modifications posturales secondaires à des adhérences cicatricielles dans la région

lombo-sacrée et conseillait la poursuite du programme de réhabilitation.

### *La visite d'expertise*

La visite d'expertise a eu lieu le 21.01.2013. La mère de la jeune fille signale des difficultés d'endormissement, un sommeil avec cauchemars, des peurs infondées. Bon rendement scolaire, même si les enseignants signalent une discontinuité d'engagement, des défauts de concentration et d'attention et une attitude facile à l'irritation.

Il s'agit d'un sujet normotype, droitier, en bon état général. Taille: 1,42 m; poids: 27 kg.

Examen neuropsychologique. Orientée dans le temps et l'espace, attentive, avec des notes anxieuses si vous faites allusion à l'événement. Du côté neurologique: rien à signaler.

Au dos: massive cicatrice, complexe, de couler rose-brun, avec une forme plus ou moins triangulaire avec la base située au niveau de L1, longue 12 cm, le sommet qui s'avance sur la fesse gauche jusqu'à 5 cm du pli sous-fessier, le côté gauche de 16 cm et le côté droite de 10 cm s'étendant sur la limite supérieure du sillon inter-fessier. Cette cicatrice est très variée, en contrebas à certains endroits, dans d'autres chéloïdée, translucide sur la région lombo-fessière, où elle est encore plus évidente. Les marges sont irrégulières, adhérentes à la peau et limitants les mouvements extrêmes de la flexion en avant du tronc.

### *Considérations*

Sur la base de l'histoire clinique et des résultats de l'examen physique, on peut formuler le diagnostic de graves séquelles de brûlures avec de considérables pertes de substance secondaire à une abrasion de la région lombo-sacrée traitée chirurgicalement (au présent avec des cicatrices majeures et un « post-traumatic stress disorder »).

Ce fut un événement traumatique secondaire à une dynamique exceptionnelle, qui a produit une blessure complexe.

Au présent, on peut configurer:

- Un dommage biologique temporaire total de 23 jours, partielle à 75% de 30 jours et partielle à 50% de 60 jours.
- Un dommage biologique permanent de 28-30%.

*Titre :* **« Diagnostic et évaluation médico-légale des séquelles des fractures du scaphoïde carpien traitées orthopédiquement : à propos de 20 cas. »**

*Auteurs :* M. ZAAFRANE, M. ALLOUCHE, M. HAJ SLIMANE, W. THALJAOU, Y. CHKIRBÈNE, M. HAMDOUN.

*Affiliation :* Service de Médecine Légale, EPS Charles Nicolle , Tunis

*Email :* [zaafranemalek1986@gmail.com](mailto:zaafranemalek1986@gmail.com)

### *Introduction :*

Les fractures du scaphoïde carpien sont fréquentes et représentent environ 2% des fractures de tout l'organisme et 75% des fractures des os du carpe. Ses complications restent encore à redouter et dominées par la pseudarthrose. Ce sont des fractures articulaires qui menacent la mobilité et la stabilité du poignet et peuvent compromettre la fonction du poignet et de la main et donc à retentissement important sur la vie courante et professionnelle. Les séquelles sont dominées par la douleur, la raideur et la diminution de la force de préhension.

### **Objectifs :**

- Décrire les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques des fractures du scaphoïde carpien.
- Décrire les séquelles fonctionnelles imputables à ces fractures et évaluer l'incapacité permanente partielle résultant de ces séquelles.

### **Méthode :**

Nous nous sommes proposés de réaliser une étude portant sur 20 dossiers d'expertise de victimes d'accident de la voie publique et d'accident de travail présentant des fractures du scaphoïde traitées orthopédiquement.

### **Résultats :**

L'âge moyen de nos patients était de 26 ans avec des extrêmes de 16 à 59 ans. Nous avons relevé une nette prédominance masculine avec un sex-ratio à 3. La consolidation osseuse a été observée dans 90% des cas. Le résultat était considéré comme satisfaisant dans 85% des cas. L'IPP moyenne était de 7% avec des extrêmes allant de 2 à 12%. Comparativement à l'incapacité permanente suite aux fractures du scaphoïde carpien dues aux accidents de la voie publique qui étaient de 5%, ce taux était de 8% et donc plus important chez les expertisés victimes d'accident de travail. Le préjudice professionnel était nul dans 50% des cas. Le préjudice moral et esthétique était léger ou modéré dans 90% des cas.

Les mauvais résultats avaient une corrélation importante avec les données anatomopathologiques. L'analyse des échecs de consolidation a permis de retenir trois principaux facteurs : le siège proximal de la fracture, la direction verticale du trait de fracture et une mauvaise indication thérapeutique.

### **Conclusion :**

Une surveillance clinique et radiologique afin de diagnostiquer et traiter les complications à temps avant l'installation du processus dégénératif est nécessaire pour garantir de meilleurs résultats fonctionnels. Pour une bonne évaluation fonctionnelle de l'incapacité permanente suite aux fractures du scaphoïde carpien, trois critères cliniques sont à évaluer : la force, la mobilité et la douleur.

**Mots clés:** fractures scaphoïde carpien - traitement orthopédique - séquelles - évaluation médico-légale - expertise

**Titre :** « **Aspects médico-légaux des fractures ouvertes de la jambe chez l'enfant (à propos de 30 cas) »**

**Auteurs :** M. SHIMI 1, M. ALLOUCHE 2, W. SAIED 3, F. GLOULOU 2, M. ZAAFRANE 2, M. HAMDOUN 2.

**Affiliations :** (1) Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Unité de Greffe d'Organes.  
(2) Hôpital Charles Nicolle Tunis, Service de Médecine Légale.  
(3) Hôpital d'Enfants Tunis, Service d'Orthopédie Pédiatrique

*Email :*        *shimi.maha@yahoo.fr*

Les fractures ouvertes de la jambe sont des motifs fréquents d'hospitalisation en traumatologie pédiatrique. Ces fractures peuvent compromettre le pronostic fonctionnel du membre et retentir ainsi sur la vie courante et la scolarité des enfants.

Nous nous proposons de décrire les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques de fractures ouvertes de la jambe, de décrire les séquelles fonctionnelles imputables à ces fractures ainsi que d'évaluer l'incapacité permanente partielle résultante de ces séquelles.

Le travail a concerné 30 cas de fractures ouvertes de la jambe colligés au service d'orthopédie pédiatrique de l'Hôpital d'Enfants de Tunis durant une période de 5 ans allant de 2005 à 2010.

L'âge moyen des patients était de 8 ans. Nous avons noté une nette prédominance masculine avec un sex ratio de 2,3. La cause du traumatisme était un accident de la voie publique dans 90% des cas ; avec une imputabilité directe et certaine dans tous les cas.

L'ouverture cutanée était de type 1 de Gustilo chez 60% des malades, de types 2 chez 20%, de type 3a chez 14% et à part égales à 3% entre les types 3b et 3c.

Le traitement était orthopédique dans 67% des cas et chirurgical dans 33% des cas.

Au recul moyen de 15 mois, les résultats étaient jugés excellents dans 80%, bons dans 10% des cas et mauvais dans 10% des cas.

La durée moyenne de consolidation médico-légale était de 6 mois et 10 jours.

Les résultats cliniques les plus favorables ont été obtenus dans les fractures de type Gustilo 1 avec un délai de consolidation médico-légale ne dépassant pas les 4 mois.

Le taux des séquelles augmente avec le stade cutané de la fracture.

*Mots-clés :* Fracture ouverte, enfant, évaluation, incapacité, accident de circulation.

---

*Titre :*        **« Aspects médico-légaux des brûlures par le bistouri électrique »**

*Auteurs :*     M. ZHIOUA, M. BEN KHELIL, M. HAMDOUN

*Affiliation :*    Service de Médecine Légale, Tunis-Tunisie

*Email :*        *dr.mzhioua@planet.tn*

*Problématique :*

La brûlure par plaque de bistouri électrique est un accident rare et imprévisible. Elle est souvent source de plainte en responsabilité médicale.

But : Discuter les problèmes médico-légaux soulevés par la survenue de brûlures par plaque de bistouri électrique.

### *Observation :*

Patiente âgée de 37 ans, admise au bloc opératoire dans une clinique privée pour cholécystectomie sur lithiase vésiculaire sous anesthésie générale.

En post opératoire immédiat la patiente présente des brûlures électriques de 3ème degré au niveau du mollet droit correspondant à la surface de contact avec la plaque du bistouri électrique. La patiente a eu une excision des tissus nécrotiques suivie de soins locaux bihebdomadaire pendant un mois et de greffe de peau après bourgeonnement de la plaie, prélevée au niveau de la cuisse droite.

### *Conclusion :*

Le médecin est tenu d'une obligation des moyens et non des résultats. Il est aussi tenu d'une obligation de sécurité du malade. La responsabilité médicale du chirurgien et la responsabilité de la clinique ont été retenues dans cette affaire.

*Mots clés :* responsabilité médicale, bistouri électrique, matériel défectueux

*Titre :* « **La violence à l'encontre des femmes.** »

*Auteurs :* Z. BOUKADOUM 1, H. DJEGHRI 2

*Affiliation :* 1 Etablissement public hospitalier de Skikda (EPHS) SKIKDA/ ALGERIE  
2 Centre hospitalo-universitaire de Constantine (CHUC) CONSTANTINE/  
ALGERIE

*Email :* [zaghda.boukadoum@gmail.com](mailto:zaghda.boukadoum@gmail.com), [hichemsnoop@hotmail.com](mailto:hichemsnoop@hotmail.com)

La violence à l'encontre des femmes est un grave problème de santé publique répandu dans le monde entier. C'est une violation des droits de l'homme et une forme extrême de discrimination basée sur le sexe.

La convention du conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique définit le terme de « violence à l'égard des femmes » et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent ou sont susceptibles d'entraîner, pour les femmes, des dommages de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique.

Elle prend de nombreuses formes et n'est pas l'apanage d'une culture, d'une région ou d'un pays en particulier et à cause d'elle, beaucoup de femmes dans le monde vivent dans la peur et la douleur. Cette violence réduit la contribution des femmes au développement, à la paix et à la sécurité. Les états ont le devoir de prendre des mesures urgentes pour garantir l'égalité entre les sexes et de protéger le droit des femmes.

Pour réduire, voire éliminer, ce phénomène récurrent, une volonté est nécessaire à tous les niveaux : local, national et international et de la part de tous les secteurs, notamment les politiques et les organisations de la société civile.

*Mots clés :* Femme, violence, égalité, discrimination.

*Titre :* « **Aspects médico-légaux des fractures diaphysaires du fémur (à propos de 30 cas)** »

*Auteurs :* Y. CHKIRBENE, W. THALJEWI, N. OUNISSI, M. BEN KHLIL, M.A. ALOUCHE, M. HAMDOUN

*Affiliation :* Service médecine légale de Tunis

*Email :* [youssef.chkirbene@gmail.com](mailto:youssef.chkirbene@gmail.com)

### *Problématique*

Les fractures diaphysaires du fémur sont de plus en plus fréquentes en rapport avec l'augmentation de la fréquence des accidents de la circulation. Ces fractures sont polymorphes pouvant poser parfois des problèmes thérapeutiques.

### *But de travail*

Le but de notre de travail est d'étudier l'impact fonctionnel de cette fracture par l'évaluation des résultats des traitements et d'analyser leurs séquelles dans le cadre médico-légal.

### *Méthodes*

Nous avons analysé 30 cas de fractures diaphysaires de fémur chez l'adulte traités dans le service universitaires de chirurgie orthopédique de l'hôpital régionale de Médenine entre 2009 et 2011.

### *Résultats*

L'âge moyen a été de 37 ans avec une nette prédominance masculine. Dans notre série, la fracture fait suite à un accident de la voie publique dans tous les cas. Selon la classification AO de Muller et Col, la fracture était de type A dans 63% des cas.

Une lésion associée a été noté dans 15 cas. Le traitement a été chirurgical dans 39 cas : un enclouage centromédullaire chez 22 patients et une ostéosynthèse par plaque vissée dans 7 cas. La consolidation a été acquise dans 27 cas avec un délai moyen de 5 mois et demi.

L'évolution tardive a été émaillée de trois cas de pseudarthrose aseptique. Pour l'évaluation des résultats nous avons adopté la cotation d'ESSADKI inspiré de celle de Thorensen. Ainsi les résultats satisfaisantes ont été trouvé chez 25 patients soit 83, 3 % des cas.

L'expertise médico-légale a intéressé tous les cas de notre série.

### *Conclusion*

Le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) a été plus importante sans les fractures de type C. Nous avons noté que le taux d'incapacité permanente partielle est augmenté de 60% en présence des lésions associées par apport aux fractures isolées. Le type d'ostéosynthèses ne parait pas avoir d'effet sur le taux d'IPP dans notre série.

**Titre :** « *Protocols and initiatives for medico-legal assistance in sexual assaults cases against women: a comparison of initiatives in Brazil and abroad.* )»

**Auteurs :** F. BONNET

**Affiliation :** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Email :** [fabianne.trab@gmail.com](mailto:fabianne.trab@gmail.com)

Recent studies on sexual violence subjects, particularly those related to assaults against women, stress the high incidence of the phenomenon, ubiquitous to all countries, cultures, and social and economic tissues. These studies have revealed that, in general, sexual assaults are rarely reported to law enforcement, and most will never be successfully prosecuted. This problem has been a long-standing source of frustration for survivors, victim advocates, as well as members of the criminal justice systems of countries around the world. To address this problem, from a critical reading of a set of scientific studies, normative documents and practices reported from countries in five continents, this work aims to identify and compare initiatives and protocols for medico-legal assistance in cases of sexual assaults against women around the world, in order to contribute for the domain of medico-legal interventions to improve post-assault care for victims and increase reporting and prosecution rates in Brazil.

**Keywords:** Sexual assaults; Medico-legal assistance; Protocols; Brazil; National initiatives; Regional initiatives.

**Titre :** « *Réparation juridique des traumatismes dorsolombaires dans la région de Sfax (Tunisie) : Étude de 100 Expertises médico-légales* »

**Auteurs :** Z. KHEMAKHEM 1, H. GHORBEL 2, S. MAROUAN JAMMOUSSI 3, Z. HAMMAMI 1, S. MAATOUG 1

**Affiliations:** 1- Service de Médecine Légale, CHU Habib BOURGUIBA de Sfax,  
2- Médecin Inspecteur Régional, District de Sfax  
3- Service de Médecine du Travail, CHU Hédi CHAKER de Sfax

**Email :** [zkhemakhem@voila.fr](mailto:zkhemakhem@voila.fr)

Les traumatismes du rachis dorsolombaire constituent une pathologie fréquente dont la gravité suit les progrès de la vitesse des moyens de locomotions, d'autre part, elle touche préférentiellement des sujets jeunes en pleine activité professionnelle.

La gravité des fractures rachidiennes réside dans les complications nerveuses immédiates ou secondaires qui aboutissent à des séquelles de degrés et d'importances variables.

Le pronostic dans les suites immédiates est dominé par la connaissance parfaite des dommages

subis ainsi que par une prise en charge adéquate.

Après consolidation, le problème est de bien apprécier et connaître les séquelles afin que la victime puisse jouir de ses droits aussi bien sur le plan social que professionnel.

L'objectif de ce travail est d'inventorier le bilan séquellaire de ces traumatismes, de proposer une approche méthodologique d'appréciation des séquelles qui conduit à l'évaluation de l'incapacité permanente partielle (IPP) en se référant aux différents barèmes actuellement en vigueur, tout en soulevant les problèmes médico-légaux qui peuvent être confronté par le médecin expert (imputabilité, état antérieur, séquelles multiples, délai de consolidation). Nous terminons notre travail par quelques réflexions à la lumière de la nouvelle loi n° 2005-86 du 15 août 2005 ayant trait au régime d'indemnisation des préjudices résultant des atteintes aux personnes dans les accidents de la circulation, ainsi que les lois de 1994 et 1995, relatives à la réparation des accidents du travail et de maladies professionnelles, tant dans le secteur privé, que dans le secteur public.

Pour réaliser ce travail, nous avons procédé à l'étude de 100 rapports d'expertises médico-légales ayant trait à la réparation juridique du dommage dorsolombaire en matière d'accidents de circulation et en matière d'accidents du travail, colligés aux différents services universitaires du CHU de Sfax et à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM, District de Sfax), sur une période des cinq dernières années (2009-2013).

**Mots clés :** Traumatisme, Rachis dorsolombaire, Réparation, Médecine Légale, Médecine du Travail

**Titre :** *« Forensic analysis of violence against women murderers. Motives and circumstances in women intimate partner violence homicides, and its consequences on prevention »*

**Auteurs :** M. LORENTE, E. VILLANUEVA

**Affiliations:** Department of Legal Medicine, Faculty of Medicine, University of Granada

**Email :** [mlorente@ugr.es](mailto:mlorente@ugr.es)

We have analysed the forensic reports and other elements included in the Spanish Judicial Sentences regarding to the VAW homicides committed in Spain from 2001 to 2010 (n=309) (last data available), and we found a number of characteristics related to the aggressors and some circumstances of the cases. Among them we found:

- Percentage of cases where the aggressor was considered "Guilty" by the Courts: 95.3%
- Modus operandi and weapons used: The most frequent was "Stabbing" (52.1%). Fire arms were used in 5.4% of the homicides
- Homicides committed at home: 76.7%
- Time of the day: Most frequent was from 21 to 2 am (36.9%)
- Aggressors with mental disorders: 9.4%
- Alcohol and Drugs: 6.9% was considered that the aggressor was under the effects of alcohol and/or drugs

- Type of relationship between victim and murder: They were married in 43.2% of the cases
- Previous violence episodes reported: In 18.8% of the cases was a previous complain of VAW
- Existing a protection order when the homicide was committed: 11.3% of the cases
- Children: 70.7% of women killed had children
- Percentage of cases which children were direct witnesses of the homicide: 10.2%

We analyse these and other data to explain and understand a little deeper the circumstances around VAW homicides, and the murderer position within them.

### *Conclusions*

The results provide a better knowledge about VAW homicide through the characteristics of the murderers and some of the circumstances related to the crime.

It also shows some features that break some myths and social beliefs regarding to VAW and Intimate Partner homicides that consider that alcohol, drugs or mental disorders are common among these criminals.

The data also provide some references about the weakness of a system that is not able to detect VAW cases, and to act protecting women and preventing serious aggressions and homicides.

The results offer some indications to perform the forensic exam and risk assessment of these cases, and to adopt measures to prevent future new aggressions.

*Key terms* : Violence Against Women, homicides, forensic evaluation, murderers

XX<sup>èmes</sup> JOURNÉES INTERNATIONALES MÉDITERRANÉENNES DE MÉDECINE  
LEGALE

Nouvelles pratiques en Médecine Légale : La Personne, l'Éthique et le Corps

25 Février 2014

Session N12 - Thanatologie - Présidents : Pr G. QUATREHOMME (France) et Pr BONBLED (Belgique)

*Titre :* « Décès par utilisation d'une arme à feu artisanale – Cas pratique et revue de la littérature »

*Auteurs :* E. LE GARFF (MD)\*, P. MORBIDELLI (MD)\*, Y. DELANNOY (MD)\*, V. MESLI (MD\*), HEDOUIN (MD, PhD)\*

*Affiliation :* \* Clinique Médico Chirurgicale de Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire - Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

*Email :* [erwanlegarff@gmail.com](mailto:erwanlegarff@gmail.com)

Les suicides par armes à feu et les lésions rencontrées alors sont fréquemment décrits dans la littérature médico-légale. A contrario, l'utilisation d'armes à feu fabriquées artisanalement est beaucoup plus rarement décrite et peut être à l'origine de lésions inhabituelles pouvant rendre leurs interprétations difficiles.

Le cas présenté est un suicide par arme à feu artisanale réalisée à partir d'un manche d'haltère comme canon de l'arme, contenant une cartouche de fusil de chasse (plomb de chasse, diamètre 12 mm) percutée par un pistolet à plombs. Un orifice d'entrée intra-buccal était retrouvé sans orifice de sortie. Les caractéristiques de cet orifice (abrasion des berges, effet de blast des lèvres, dépôts de suie, orifice étoilé hémorragique au niveau du palais) étaient compatibles avec le canon décrit ci-dessus. Le scanner permettait de visualiser une hémorragie et un emphysème étendu du cou, une hémorragie méningée, une pneumo-encéphalie et une fracture du corps de la deuxième vertèbre cervicale. La bourre était retrouvée en regard de la partie postérieure de C2. L'autopsie permettait de constater, en plus des éléments d'imagerie, une hémorragie sous arachnoïdienne diffuse, du quatrième ventricule et du tronc cérébral, ainsi qu'une infiltration hémorragique péri laryngée, une fracture du corps de la deuxième et de la troisième vertèbre cervicale, avec une lacération spinale.

Ce cas permet de présenter une lésion mortelle d'arme à feu artisanale et de discuter la topographie et les caractéristiques de ce type de lésion, en lien avec les matériaux utilisés lors de la confection de l'arme. Il permet également, grâce aux données de la littérature, de discuter la fréquence d'utilisation de ce type d'arme dans les actes de violences (suicides ou homicides) en fonction des pays et en fonction des matériaux utilisés.

*Mots clés:* Thanatologie, Suicide, Balistique médico-légale, Arme à feu, Arme non conventionnelle

**Titre :** « Difficultés de l'examen médico-légal après exhumation en cas de blessures par arme à feu »

**Auteurs :** W. BEN AMAR, S. BARDAA, Y. NOUMA, K. JAMMELI, S. MAATOUG

**Affiliation :** Service de médecine légale du centre hospitalo-universitaire Habib BOURGUIBA de Sfax (Tunisie)

**E-mail :** [wimbenamar@yahoo.fr](mailto:wimbenamar@yahoo.fr)

L'examen médico-légal après exhumation est difficile. La décomposition du corps rend délicat l'examen lui-même et l'interprétation des données recueillies, particulièrement en cas de blessures par arme à feu.

Nous nous proposons d'illustrer les difficultés de l'examen médico-légal après exhumation d'une victime de blessures par arme à feu à travers le cas d'un footballeur professionnel tunisien décédé en 1979 en Arabie Saoudite dans des circonstances mystérieuses. Le décès a été rattaché à un coup de foudre qui a frappé la victime sur le terrain. Le corps a été transporté dans des conditions de sécurité particulières et inhumé sans autopsie, ce qui a fait éveiller les soupçons de la famille.

Plus de trente ans après, la famille demande l'exhumation afin de vérifier la cause de décès. L'exhumation et l'examen médico-légal sont ordonnés par les autorités judiciaires. La dépouille nous est emmenée dans un sac en plastique étanche. Nous y trouvons un squelette complet sans aucun débris métallique. L'examen objective un orifice circulaire de 25 mm de diamètre au niveau de l'écaille temporale associé à une perte de substance au niveau de la paroi externe de l'orbite gauche, l'os zygomatique et l'angle mandibulaire gauche et à un deuxième orifice de 25mm de diamètre au niveau de l'orbite droit. Au niveau du bassin, des zones de perte de substance sont retrouvés. Des examens génétiques et radiologiques ont été réalisés.

Nous avons pour mission de déterminer en premier de l'identité du cadavre. Pour se faire, une étude génétique comparative avec l'ADN du fils p a permis de confirmer l'identité suspectée.

En second lieu, nous avons à déterminer la cause de la mort. Les lésions osseuses retrouvées sont compatibles avec des orifices provoqués par une arme à feu. Cependant, le caractère vital ou post-mortem des lésions, de même que le tir mortel, n'ont pu être déterminés du fait de la décomposition du corps et de l'absence de parties molles.

Concernant les caractéristiques des tirs, malgré les explorations tomodynamométriques avec reconstitution, nous n'avons pu émettre que des hypothèses quant au nombre, à l'incidence et à la distance de tir. L'absence de parties molles et la fragilité de l'os ont constitué des obstacles majeurs.

De même, le type d'arme utilisée n'a pu être précisé du fait de la pauvreté des données de l'examen et l'absence de débris métalliques ou autres.

Ainsi, malgré toutes les incertitudes, cet examen après exhumation nous a permis de vérifier l'identité du cadavre et d'évoquer fortement des blessures par arme à feu, redressant ainsi le diagnostic médico-légal plus de 30 ans après le décès.

**Mot-clés :** exhumation, autopsie, arme à feu

**Titre :** « *Perforation cardiaque sur un traumatisme thoracique fermé : à propos d'un cas* »

**Auteurs :** S. HAROUAL- R. RAHMANI- M. ZOUAOUI- Y. CHEGRA- K. MESSAHLI

**Affiliation :** Centre hospitalier universitaire de Blida

**Email :** [medsofi@live.fr](mailto:medsofi@live.fr)

Le traumatisme thoracique fermé représente 70% des traumatismes thoraciques (Guy Eland Séverine, et L. Muller 2005), c'est la principale cause de mortalité post traumatique après le traumatisme crânien.

La perforation cardiaque post traumatique représente 10% des traumatismes thoraciques (L. Muller 2005) ; la mort est due à une tamponnade suite à un hémopéricarde (insuffisance circulatoire).

Ces traumatismes entraînent souvent une mort instantanée, ce qui va entraîner une problématique de diagnostic précoce et pour la prise en charge, et médico-légale.

Il s'agit d'une étude rétrospective à caractère descriptif concernant un adulte jeune de sexe masculin, de 18 ans, dont le dossier fait partie des morts suspectes ayant été autopsiées, sur une période de quatorze mois, allant de septembre 2012 à octobre 2013 au niveau du CHU de Blida.

Notre cas rentre dans le cadre d'une réquisition du parquet d'El Afroun (la cour de Blida).

Les commémoratifs et les constatations nécropsiques ont été faites dans le service de médecine légale du CHU de Blida, les analyses toxicologiques dans le laboratoire de police scientifique Alger, les études histologiques dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'établissement public hospitalier de Douera.

Les résultats sont présentés sous forme d'une analyse simple des données.

L'autopsie médico-judiciaire a permis d'établir le diagnostic de certitude, de confirmer l'origine violente de la mort, et rattacher les lésions constatées à l'acte de violence (CBV).

**Mot clés :** mort suspecte, contusion hémorragique avec perforation du myocarde, imputabilité.

**Titre :** « *Importance de la microanalyse dispersive en énergie (EDAX) dans les morts par précipitation* »

**Auteur :** L. FRONTELA CARRERAS. Professeur de médecine légale

Nous exposons l'utilité de l'analyse des éléments déposés sur les os du crâne dans des morts par précipitation. Nous avons étudié 12 cas, dont dix n'ont présenté aucune anomalie. Ils étaient compatibles avec la précipitation, ce qui n'a pas été le cas pour les deux autres cas.

Cas 1.

En 1995, Juan Rodríguez Ortiz, étudiant en architecture, âgé de 22 ans, fut retrouvé mort sur un trottoir à côté d'un immeuble à Valladolid. Le médecin légiste qui a fait l'autopsie, avait observé

que la victime présentait une fracture du crâne en « sac de noix », plus la fracture du foie et de la rate et des deux fémurs. L'étiologie de la mort était établie comme suicide par précipitation.

Le cadavre a été transporté à Bilbao, lieu de résidence des parents, qui étaient étonnés de l'hypothèse du suicide, parce que leur fils avait des bonnes notes, et il était tombé amoureux. Ils ont demandé une deuxième autopsie, que nous avons effectuée six mois après le décès.

Le cadavre était en état de putréfaction avancé. À l'aide d'une scie dont les lames n'étaient pas métalliques, pour éviter de laisser des petits bouts de métal, nous avons pris des fragments osseux du crâne de deux à trois centimètres de côté, pour pouvoir les introduire dans la chambre du microscope électronique à balayage. Les échantillons ont été pris tenant compte des endroits où le médecin légiste avait indiqué l'existence de deux blessures contuses.

Nous avons aussi pris plusieurs échantillons des os des différentes régions de la boîte crânienne, à certaine distance des blessures, pour les utiliser comme « cible » de comparaison des analyses par rapport à ce qui avait été trouvé sur les zones où il y avait des lésions.

Nous avons réalisé une microanalyse par microscopie électronique EDAX des différentes parties des os, et on a constaté que sur l'os de la région pariétale droite, pris de la partie des deux blessures contuses, il y avait du fer, qui n'avait pas été trouvé sur les autres échantillons.

L'enquête policière et les témoignages ont confirmé que, lors d'un cambriolage, la victime avait été frappée avec une clé anglaise, d'où le fer, et défenestrée, causant la mort par précipitation.

## Cas 2.

La nuit du 21 janvier 2005, José Andrés V.M., âgée de 18 ans, est morte à cause d'un traumatisme crâne-encéphalique à côté d'un échafaudage de façade dans une rue de Barcelone. Selon deux amis qui l'accompagnaient ce jour-là, la victime était montée au quatrième étage de l'échafaudage de façade, se précipitant du haut, ce qui lui aurait provoqué des lésions mortels.

D'autres témoins ont indiqué que leurs amis étaient montés en haut de l'échafaudage de façade, alors que la victime était tombée par terre. Une plinthe lui aurait tombé dessus, ce qui aurait été la cause de la mort.

Le médecin légiste qui a effectué l'autopsie a indiqué que les poignets du cadavre « crépitaient » et qu'ils étaient donc fracturés. Il a aussi signalé qu'il y avait fracture des viscères, et que, par conséquent, José Andrés était mort par précipitation.

Étant donné que la victime a été trouvée sur le sol, située sur une plinthe qui présentait des taches de sang, et qu'un architecte technique a confirmé le manque de mesures de sécurité de l'échafaudage de façade, et en raison des divergences entre les amis de la victime et les témoins, la famille a demandé l'exhumation du cadavre et une deuxième autopsie pour déterminer l'étiologie médico-légale de la cause de la mort.

Nous avons réalisé l'exhumation et la deuxième autopsie du cadavre de J. Andrés, le 6 novembre 2013. Nous avons pris des échantillons des os du crâne, dans les conditions déjà indiquées.

Nous avons analysé, par microscopie électronique de balayage-EDAX, les os. Sur l'os occipital, nous avons trouvé un pourcentage de fer entre 1% et 0,4% par rapport au contenu en phosphore et calcium, et sur l'endroit de la blessure, il y avait du fer de la plinthe décollée de l'échafaudage.

La reconstitution des faits et l'enquête policière ont démontré, lorsque J. Andrés se trouvait sur le trottoir, un de ses amis, du haut de l'échafaudage, a fait tomber la plinthe, qui a percuté la tête de J. Andrés, causant sa mort.

*Titre :* « **Mort subite du sujet jeune : Étude de 23 ans d'activité** »

*Auteurs :* N. HAJ SALEM, M.A MESRATI, H. OTHMANI, A. AISSAOUI, A. CHADLY

*Affiliation :* Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie)

*Email :* [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

Le décès brutal d'une personne jeune jusque-là bien portante a soulevé au sein de la société des questions quant aux causes de la mort et de la prévention.

#### *Objectifs :*

Cette étude a pour objectif de décrire les particularités épidémiologiques de la mort subite du sujet jeune et de déterminer ses étiologies.

#### *Matériel et méthode :*

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et exhaustive concernant 312 cas de mort subite chez le sujet jeune colligés au Service de Médecine Légale de l'Hôpital universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir durant une période de 23 ans. On a défini le sujet jeune comme tout individu âgé de 1 an jusqu'à 35 ans pour les sujets de sexe masculin et jusqu'à 45 ans pour les sujets de sexe féminin. Une étude exhaustive des dossiers médico-légaux (fiche d'autopsie, examens complémentaires) ainsi que le procès-verbal communiqué par les autorités a été faite.

#### *Résultats :*

Il existe une nette prédominance masculine dans notre étude. La moyenne d'âge était de 24,65 ans. Dans notre étude, les pathologies cardiovasculaires représentent la première cause de la mort subite (37.1%). Les étiologies cardiaques sont dominées par la cardiomyopathie hypertrophique qui représente, en plus, la première étiologie de décès (14.7%). Les autres causes de décès étaient neurologiques (13.1%) et en particulier l'épilepsie (6.1%), suivies par les causes pleuropulmonaires (12.1%) et digestives (5.2%). Dans 29% des cas, la cause du décès est restée indéterminée. Dans ces cas, il s'agit fréquemment de mort subite cardiaque probable, de troubles de rythme en particulier nécessitant la réalisation d'une autopsie moléculaire. Pour la tranche d'âge de 1 à 13 ans, on a noté que la mort subite par les infections broncho-pulmonaire représente la première cause de décès (28.1%).

#### *Conclusion :*

Nos résultats concordent avec la plupart des études publiées. Toutefois, il faut trouver d'autres moyens d'investigations médico-légales plus simples et rapides et développer l'autopsie moléculaire pour arriver à trouver une explication au décès qui reste inexplicé dans 29% des cas.

*Mots clés :* mort subite - sujet jeune

*Titre :* « **Application de l'étude morphologique et histologique du cristallin pour l'estimation de l'intervalle post-mortem** »

*Auteurs :* G. PRIETO BONETE, C. PEREZ SANCHEZ, M.D. PEREZ CARCELES, A. LUNA

*Affiliation :* Département de Médecine Légale. Université de Murcie. Espagne

Nous avons étudié 60 yeux de lapins avec une période de l'évolution post-mortem 24, 48, 72 et 96 heures. Dans chaque cristallin, nous avons étudié l'absorbance de cristallin par spectrophotométrie dans 5 longueurs d'ondes, nous avons étudié aussi les caractéristiques histologiques et les caractéristiques de la sphéricité à l'aide d'une étude en trois dimensions.

Nos résultats peuvent ainsi être résumés.

On peut utiliser le cristallin, soit le gauche, soit le droit avec les mêmes résultats. Une diminution statistiquement significative du niveau d'absorbance du cristallin est observée en fonction du passage de l'IPM

La sphéricité du cristallin est le paramètre plus clairement lié à l'évolution postmortem.

Compte-tenu des différentes caractéristiques entre l'humeur vitrée et aqueuse, la capsule antérieure du cristallin est plus vulnérable aux procédés de la capsule postérieure post-mortem.

Nos résultats nous permettent de suggérer et de vous proposer que le cristallin peut être étudié pour ses caractéristiques structurales afin de fournir des informations utiles pour l'estimation de l'intervalle postmortem.

*Titre :* « **Les médecins et l'expertise cadavérique au XIXe siècle : les « Monsieur Jourdain » de l'éthique médico-légale ?** »

*Auteur :* S. MENENTEAU

*Affiliation :* CRIHAM, Université de Poitiers

*Email :* [sandra.menenteau@gmail.com](mailto:sandra.menenteau@gmail.com)

En 1845, Maximilien Simon publie un ouvrage intitulé « Déontologie médicale » dont le sous-titre est « Des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation ». Si nombre de médecins se sont intéressés à cette question professionnelle, Simon est le premier à utiliser l'expression « déontologie médicale » en France. En outre, parmi les publications du XIXe siècle traitant de ces problématiques, Simon est un des rares auteurs à consacrer plusieurs pages au comportement que les médecins doivent adopter lors d'activités cadavériques. Omises par la littérature médicale « déontologique », les règles de conduite relatives aux dépouilles mortelles peuvent être décelées dans la législation officielle ou dans des publications abordant d'autres objets de la médecine.

Au cours du XIXe siècle, les textes réglementaires édictés par les pouvoirs publics, ainsi que les recommandations émises par la littérature médicale, tentent d'influer sur l'attitude que les praticiens d'actes post mortem doivent adopter à l'égard des corps qui passent entre leurs mains ou sous leur scalpel. Il apparaît que l'une des constantes de l'ensemble de ces écrits est d'ériger l'examen judiciaire en exception. Il est permis aux médecins requis pour réaliser une autopsie médico-légale de déroger aux restrictions et interdictions opératoires auxquels sont soumis leurs confrères qui effectuent des recherches à caractère scientifique. Alors que les anatomistes et les anatomopathologistes voient certaines dépouilles leur échapper, du fait de l'opposition de la famille et/ou de la restitution du corps, rien ni personne ne peut interdire aux médecins experts d'accomplir la mission cadavérique pour laquelle l'institution judiciaire les a appelés. De même, là où les praticiens de l'autopsie scientifique doivent user de techniques moins invasives et surtout non mutilantes, là où ils doivent obtenir l'autorisation de faire un prélèvement viscéral ou tégumentaire, les praticiens de l'autopsie judiciaire ne se voient imposer aucun protocole officiel d'examen. En d'autres termes, les médecins qui apportent leurs lumières à la justice peuvent procéder à l'exploration corporelle comme bon leur semble.

Ainsi que l'indique, en 1920, Onofre Herrera dans la thèse qu'il consacre aux Considérations générales sur les autopsies médico-légales, un médecin peut user du « procédé qu'il estime le plus convenable » pour réaliser son expertise cadavérique. Et à en croire certaines plumes médicales, d'aucuns abusent de cette latitude opératoire au point de se comporter comme des « équarrisseurs de chair ». Quelques auteurs d'ouvrages médico-légaux tentent de pallier l'absence de méthode officielle d'examen cadavérique judiciaire en faisant des recommandations opératoires. L'un des premiers à décrire dans le détail les procédés techniques à employer lors d'une autopsie médico-légale est François Chaussier, dans les années 1820. Ne pouvant concevoir que les « recherches d'un homme sage et sensible » puissent laisser le cadavre « ainsi déformé,

altéré, ensanglanté dans toutes ses parties », il préconise aux médecins experts de recourir à des méthodes exploratoires qui minimisent l'atteinte à l'intégrité corporelle du défunt.

Cependant, la mise en perspective des archives judiciaires, principalement des rapports d'autopsie, avec les sources imprimées qui édictent ces prescriptions techniques à visée conservatrice, relativise l'impact effectif de telles recommandations littéraires sur la pratique expertale. Nombre d'hommes de l'art continuent, tout au long du siècle, à utiliser des procédures d'examen qui mutilent de manière irrémédiable le corps et qui peuvent, en sus, être sources d'erreurs scientifiques. Il convient toutefois de souligner que l'usage de ces méthodes non conformes aux prescriptions de la littérature spécialisée est probablement plus imputable à une formation insuffisante de médecins peu familiers de ces activités qu'à une quelconque désinvolture morale dont ils feraient preuve devant les dépouilles. De plus, il est permis de considérer que derrière les techniques de préservation et de restauration corporelles, pointent des explications, qui peuvent avoir plus de valeur aux yeux des théoriciens de la médecine légale que le ménagement de familles endeuillées : les nécessités de la justice et les exigences de la science.

*Mots-clés* : histoire, autopsie, cadavre, respect, protocole opératoire

*Titre* : « **L'expertise contradictoire** »

*Auteur* : B. DREYFUS

*Affiliation* : Fondateur de l'Association nationale des médecins conseils de victimes d'accident, ANAMEVA XX,  
Avocat, Membre de l'ANADAVI, Association Nationale des Avocats de Victimes de Dommages Corporels

Le droit à la défense des personnes est une évidence pour tous. Lors d'un procès, les parties sont toujours représentées par un avocat. Ce droit doit évidemment être aussi appliqué sur le terrain de la réparation du dommage corporel pour respecter la mise en œuvre **du principe du contradictoire**. Un médecin conseil spécialisé devrait assister les victimes lors de toutes les expertises médicales, qu'elles soient amiables ou judiciaires. Les sociétés d'assurances, elles, se font toujours représenter lors de ces divers examens médicaux.

Certes cette assistance est reconnue comme un droit, depuis 1985 en France, mais pas encore comme une obligation légale, telle l'assistance judiciaire par un avocat.

Cette assistance de chacune des parties par un spécialiste de son choix n'est qu'une application du principe du contradictoire, or elle est souvent ignorée des victimes. Dans plus de 80 % des situations amiables et plus de la moitié des situations judiciaires les victimes sont seules face à des médecins spécialistes représentant les intérêts des sociétés d'assurances adverses. Les deux plateaux de la justice sont-ils bien équilibrés dans ces conditions ?

Un médecin-conseil et un avocat conseil, spécialisés dans cette fonction, librement choisis par la victime, permettront une discussion « à armes égales » entre les protagonistes. De la bonne application de ce principe fondamental découle un sentiment de loyauté réciproque et donc d'équité, indispensable pour que les parties en présence puissent être satisfaites du déroulement de ces opérations d'expertise et des conclusions qui en découlent. Ce principe du contradictoire ne peut rester confiné à une communication de pièces et d'arguments, il doit permettre une

discussion à armes égales entre des parties, nécessitant des compétences égales. Cette médecine de recours gagne du terrain au sein de la réparation juridique du dommage corporel, elle est garante du respect du contradictoire et permet une plus juste et équitable appréciation d'un dommage corporel.

*Titre :* « **Spécificités du dispositif expertal français pour une comparaison internationale** »

*Auteurs :* B. PHESANS\*, A. VERRIER\*\*

*Affiliations :* \*Psychologue Expert près la Cour d'appel de Paris - Expert agréé par la Cour de cassation  
\*\* Psychologue Expert près la Cour d'appel d'Amiens Expert agréé par la Cour de cassation

Il s'agit de présenter l'organisation de la justice en France et de montrer la place de la psychologie légale et la fonction des psychologues experts.

Existence de deux listes d'experts judiciaires ou experts de justice, l'une multiple et propre à chaque Cour d'appel, l'autre unique relevant de la Cour de cassation.

Les différentes façons et conditions d'être admis sur une liste d'experts de justice.

Les différentes façons et conditions de rester sur ces listes renouvelables régulièrement.

Les différentes procédures dans lesquelles interviennent de façon fréquente les psychologues experts : procédure pénale /procédure civile (1- Evaluation du préjudice psychologique c'est-à-dire de blessures ou dommages non-physiques ni économiques mais réclamant une réparation/compensation financière et 2- Affaire familiale : la question des enfants et de leur placement dans les procédures de divorce conflictuels).

L'organisation des psychologues experts (CEPCARP/CNEPSY/CNCEJ/SFPL)

L'organisation des consultations spécialisées de psychologie légale.

Présentation de la prise en charges des patients dans le cadre des orientations vers les consultations de psychologie légale.

**Titre :** « *Nouveau modèle d'expertise médico-légale intégrale aux victimes de violence intrafamiliale et sexuelle du Nicaragua.* »

**Auteur :** Z. DUARTE

**Affiliation :** Instituto de Medicina Legal, Corte Suprema de Justicia, Nicaragua

**Email :** [zacarias.duarte@gmail.com](mailto:zacarias.duarte@gmail.com)

La violence intrafamiliale et sexuelle est un grave problème au Nicaragua. Au cours de l'année 2013, l'Institut de médecine légale a effectué 16 352 expertises médico-légales ce qui représente un taux de 269 pour 100 000 habitants. La pratique médico-légale traditionnelle ne fournit pas de preuves scientifiques pour 86 % des victimes de violence intrafamiliale et sexuelle au Nicaragua, d'autre part il n'y a pas de bonne coordination entre les institutions de l'État et les organisations de la société civile, ce qui cause un taux élevé d'impunité et de victimisation secondaire, ainsi qu'une prise en charge incomplète des besoins des victimes. Pour répondre à cette situation, un nouveau modèle a été développé et mis à l'épreuve, pendant un an, dans cinq délégations de l'Institut de médecine légale du Nicaragua. Les résultats montrent que le nouveau modèle fournit toutes les preuves scientifiques requises par le système de justice pour prouver le délit de violence conjugale et de violence sexuelle, contribuant ainsi à réduire l'impunité et la victimisation secondaire, établit également la coordination nécessaire pour garantir la santé, la sécurité et la récupération de la victime.

**Mots clés :** Violence intrafamiliale et sexuelle, Nicaragua, Nouveau modèle médico-légal, Victimization secondaire, Impunité

**Titre :** « *Critères d'évaluation de l'Incapacité Totale de Travail au pénal* »

**Auteur :** Z. BOUDRAA - S. TIOURA - A. FEROUÏ - M.B. TIDJANI - A. BELLOUM - A. BENHARKAT

**Affiliation :** Service de Médecine légale CHU Constantine- Algérie.

**Email :** [abdbenh@yahoo.fr](mailto:abdbenh@yahoo.fr)

Sur la base des travaux réalisés dans certains services de médecine légale en France par Durigon et Chariot, sur l'évaluation de l'incapacité totale de travail (ITT) au pénal et sur la base des recommandations proposées par la Haute Autorité de la Santé en France, nous avons procédé, au niveau du service de médecine légale du C.H.U de Constantine, à deux études, rétrospective et prospective, dans le but d'harmoniser les critères d'estimation de l'ITT au pénal en Algérie.

### *Matériels et méthodes :*

1- Etude rétrospective descriptive à partir des dossiers médicaux de 9 300 victimes de coups et blessures qui se sont présentées au service de Janvier à Octobre 2013.

2- Etude prospective descriptive portant sur la fixation de l'ITT pour 30 victimes de coups et blessures, choisies au hasard par un même médecin au cours de la première semaine du mois d'octobre 2013.

Pour l'étude rétrospective, le recueil de l'information a été réalisé à partir de 8 000 dossiers médicaux, dont l'ITT a été fixée par différents médecins légistes de notre service sur la base des recommandations du service.

Pour l'étude prospective, l'ITT a été fixée de deux manières. L'une en fonction des recommandations du service et l'autre en fonction du barème de Durigon et des recommandations de la Haute Autorité de Santé qui prend en considération d'autres paramètres comme le profil psychologique et les âges extrêmes.

### *Résultats :*

Il apparaît clairement qu'il existe de grandes disparités dans la fixation de l'ITT entre les médecins d'un même service.

A titre d'exemple, pour un sujet de 50 ans qui présente une fracture bimalléolaire, traitée orthopédiquement, l'ITT fixée dans le service est de 60 à 75 jours. Selon Durigon, qui prend comme critères d'évaluation le nombre, le type et la taille des lésions, la gêne fonctionnelle, la durée d'hospitalisation et l'immobilisation, l'ITT est de 120 jours. D'après la H.A.S, qui prend en considération notamment les troubles psychiques, l'ITT passe à 130 jours.

Nous rapporterons, par ailleurs, les résultats relatifs à l'ITT fixée dans les traumatismes de la face, très fréquents dans nos consultations et sujets à des controverses, selon ces trois approches.

### *Discussion :*

A partir de cette étude préliminaire et en l'absence de définition de l'ITT dans nos législations, il paraît nécessaire de revoir les textes législatifs pour clarifier cette notion et harmoniser les critères de fixation de l'ITT au cours de cet acte expertal grave.

*Mots clés :* médecine légale, I.T.T, définition, critères d'évaluation, législation

*Titre :* « **Aspects éthiques de l'avortement en Tunisie** »

*Auteurs :* A. BENZARTI ; M. BEN KHELIL, F. GLOULOU; M. ALLOUCH; M. HAMDOUN

*Affiliation :* Service de Médecine Légale HCN, Tunis Tunisie

*Email :* [benzarti.anis@planet.tn](mailto:benzarti.anis@planet.tn)

Autorisé en Tunisie sous certaines conditions depuis 1965 par la loi 65-24 qui a été modifiée en en 1973 par la loi 73-2 du 26/09/73, l'avortement en Tunisie respecte-t-il tous les principes éthiques de la personne humaine ?

Nous nous proposons de rappeler les principes réglementaires et discuter les aspects éthiques fixés par le législateur tunisien voilà déjà 40 ans.

Si les aspects réglementaires constituent une véritable révolution dans le monde du fait de leur ancienneté, les aspects éthiques sont par contre dépassés et nécessitent une mise à jour.

*Mots-clefs :* Avortement- information-consentement- délai de réflexion

*Titre:* « **Rôle du Comité d'éthique de la Recherche dans la protection des droits des participants à la recherche: Le Cas du Comité National d'éthique pour la recherche en Santé du Sénégal.** »

*Auteurs :* S. COR SARR\*, A. TOURÉ\*\*

*Affiliations :* \*Université Cheikh Anta Diop de Dakar  
\*\*Membre du Comité National d'Éthique, chercheure à l'Institut Pasteur de Dakar

*Email :* [bathie65@yahoo.fr](mailto:bathie65@yahoo.fr)

*Introduction:*

Les travaux de recherche impliquant des sujets humains se développent dans notre pays. Plusieurs programmes soutenant ce type de recherche sont en cours. Toutefois, ce développement de la recherche expérimentale n'est pas souvent proportionnel à la connaissance des droits par les personnes qui sont souvent enrôlés. Ainsi, l'avènement des comités d'éthique de la recherche qui jouent le rôle de filtre dans ce processus constitue une action qui participe à la protection de la sécurité et des droits des personnes. Comment apprécier de façon spécifique ce rôle protecteur des Comités d'éthique de la recherche?

### *Matériel:*

Textes législatifs et réglementaires mettant en place le Comité, procédures opératoires de soumission, d'évaluation et de suivi des protocoles, protocoles examinés, les types de réserves émis, guide d'analyse, guide d'entretien avec les participants à la recherche, les chercheurs.

### *Méthode:*

Analyse documentaire, entretiens

### *Résultats:*

De 2000 à 2013, le CNERS a examiné plus de 650 protocoles de recherche avec une moyenne de 50 par an et 78 essais cliniques thérapeutiques et vaccinaux. Parmi ces 650 propositions de recherche, plus de 40 ont fait l'objet de rejet systématique pour risque élevé par rapport au bénéfice, plus de 350 ont fait l'objet d'amendements avant adoption. Le suivi de terrain a concerné plus de 120 protocoles dont deux ont fait l'objet de suspension pour déviation non conforme à la procédure.

*Titre:* « **Justification éthique du triage en situation de crise** »

*Auteurs :* A. BECART \*, T. TRENTESAUX\*, D. GOSSET\*, V. HEDOUIN\*, C. HERVE\*\*

*Affiliations :* \* Université Lille 2

\*\*Université Paris Descartes

*Email :* [anne.becart@univ-lille2.fr](mailto:anne.becart@univ-lille2.fr)

En situation de crise, l'inadéquation entre les besoins médicaux nécessaires et les moyens d'action à disposition, va amener les professionnels de santé à procéder à une répartition « optimale » des ressources humaines et matérielles. Cette répartition, basée sur la recherche d'efficacité, va s'orienter vers une solution telle que le triage. Celui-ci amènera le médecin à se concentrer sur les victimes qui en retireront le plus grand bénéfice et donc à prioriser les blessés dans une optique où l'intérêt collectif prévaut sur intérêt individuel. Dans une telle optique, il apparaît même logique de prioriser les soins envers les professionnels de santé afin que ceux-ci soient aptes à prendre en charge les blessés au plus vite. Cette logique, issue des pratiques militaires, est validée par les médecins urgentistes impliqués dans la prise en charge des situations de catastrophes. Néanmoins la prise de position du public sur ce sujet est radicalement différente. Dans une vision hippocratique de la médecine, chaque patient estime être en droit, de recevoir les soins les meilleurs, et que le professionnel de santé lui consacre le temps nécessaire. Dans cette représentativité du colloque singulier entre médecin et patient, l'intérêt individuel du malade prime sur l'intérêt collectif, ce qui est inapplicable en situation exceptionnelle. Confronté au triage et à la priorisation des soins, le public qui aura une appréciation tronquée des difficultés, va être décontenancé par ces pratiques médicales spécifiques et inhabituelles. A l'incompréhension pourra se greffer un sentiment d'injustice, de manque d'équité, pouvant engendrer des conflits qui vont gêner l'accès aux blessés. La position des professionnels de santé en situation de crise a été

défendue et entérinée par la déclaration de l'Association médicale mondiale de Stockholm de 1994, révisée en 2006. L'acceptation de ces pratiques exceptionnelles passe par une information large du public, en dehors de toute situation de crise. Il convient d'explicitier que le triage trouve une justification éthique dans le fait qu'il soit basé sur des critères exclusivement médicaux et parfaitement définis, en dehors de toute considération personnelle. Mais surtout qu'il trouve sa justification dans le caractère évolutif permanent de l'évaluation, en fonction bien entendu de l'état du blessé mais surtout en fonction de l'évolution du niveau de ressources. Si les pouvoirs publics sont organisés dans la planification des plans de secours et d'urgence, il reste encore à mettre en œuvre l'information du public sur les stratégies, les choix politiques, la constitution d'arbres décisionnels et la répartition des ressources dans les situations de crise afin que l'approche prioritaire du triage puisse être connue, intégrée et acceptée.

**Titre :** « *Aspects éthiques et médico-légaux de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité morbide* »

**Auteurs :** M. ZRIBI, G. MAUJEAN, T. GUINE, P. VACHER, L. FANTON, D. MALICIER

**Email :** [malekzribi2004@yahoo.fr](mailto:malekzribi2004@yahoo.fr)

L'obésité est considérée, depuis quelques années, comme un problème de santé publique majeur et a même été déclarée « épidémie mondiale » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'obésité touche en France 6,9 millions de personnes en 2012. 550 000 personnes (1,2% de la population) souffrent d'une obésité dite morbide. En France, la chirurgie bariatrique fait partie de la stratégie de prise en charge de l'obésité chez l'adulte. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 30 529 patients ont subi une chirurgie bariatrique en 2011. Le nombre d'interventions a ainsi doublé entre 2006 et 2011. Face à une progression importante tant sur le nombre d'actes que sur les évolutions techniques, l'objectif de ce travail est d'interroger sur le plan éthique et médico-légal cette pratique chirurgicale à risque.

La chirurgie bariatrique est indiquée en cas d'obésité morbide après échec des traitements classiques médicaux, diététiques et psychothérapeutiques exceptionnellement entrepris. Quelle que soit la technique utilisée, des complications précoces ou tardives, d'ordre chirurgical, nutritionnel ou fonctionnel, peuvent survenir, dont la fréquence varie entre 5% et 27%. En 2003, une enquête prospective nationale, réalisée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts), a montré que les recommandations françaises concernant la chirurgie bariatrique n'étaient suivies que dans 34% des cas. Ces chiffres ne peuvent laisser indifférent et doivent susciter une réflexion éthique sur la prise de décision en chirurgie bariatrique. Afin d'éviter les dérives liées à cette chirurgie susceptible d'être à l'origine de préjudices chez les patients, une application rigoureuse des recommandations de l'HAS, et plus précisément en matière d'information du patient, doit être exigée. Le manquement à de telles recommandations peut entraîner la possibilité d'une mise en jeu de la responsabilité des acteurs médicaux ayant participé à la prise en charge du patient, notamment en cas de décès survenant au cours d'une prise en charge chirurgicale.

**Mots clés :** chirurgie bariatrique, responsabilité, éthique médicale, médecine légale

*Titre :* « **La construction du regard dans la relation de soins en imagerie médicale** »

*Auteur :* R. MENDJELI

*Affiliation :* Laboratoire d'éthique médicale et de médecine Légale, Université Paris Descartes. PRES Paris Sorbonne Cité

*Email :* [r.mendjeli@gmail.com](mailto:r.mendjeli@gmail.com)

Comment est informé le patient dans le champ de la radiologie? Quelle position les radiologues adoptent-ils ? Si le patient a le droit de savoir ce que l'imagerie médicale révèle de l'état de son corps, le patient a aussi le droit de ne pas savoir. Ce questionnement définit le champ d'une réflexion éthique, médicale et sociologique sur l'évolution des usages des outils techniques, diagnostiques et thérapeutiques dans le champ de la radiologie et sur l'accès du patient à l'information médicale. Elle interroge l'évolution de la place et les rapports de la technologie médicale dans la relation médecin-malade. L'imagerie médicale en tant que fait objectif transforme-t-elle le regard du médecin sur sa connaissance des pathologies et sur ses pratiques de la médecine personnalisée ? Avec l'interface de la machine et du technicien ou « manipulateur » en radiologie, elle redéfinit la relation de soin entre le médecin et le patient, et les conditions même de la prise en charge thérapeutique. L'analyse des discours et des pratiques des médecins radiologues et des techniciens en radiologie face à ce phénomène est riche d'enseignements pour comprendre les effets de l'introduction de la technologie médicale dans le champ de la relation de soin et de la médecine personnalisée.

*Titre :* « La grève de la faim »

*Auteurs :* S. BARDAA, W. BEN AMAR, Y. NOUMA, K. JAMMELI

*Affiliation :* Service de médecine légale, centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba Sfax

*Email :* [wiembenamar@yahoo.fr](mailto:wiembenamar@yahoo.fr)

### *Introduction :*

La grève de la faim, ou jeûne de protestation, est un refus prolongé de toute alimentation d'une personne saine dans son esprit. Elle est décrite comme un calvaire humiliant et abominable qui peut se terminer par la mort ou des séquelles irréparables. Parallèlement à ces risques sur la santé, la grève de la faim soulève des questions légales et éthiques dans sa prise en charge.

Nous nous proposons d'analyser l'aspect clinique de la grève de la faim, de discuter les problèmes rencontrés par le médecin réanimateur dans la prise en charge d'un gréviste et de discuter les aspects légaux et éthiques de cette forme de protestation.

### *Matériel d'étude:*

Nous nous sommes basés sur les statistiques des grévistes en milieu pénitentiaire, recueillies par les ministères de l'intérieur et de la santé durant une période de deux ans et demi (janvier 2011-juin 2013).

### *Résultats :*

En Tunisie, La population carcérale comptait, au mois de novembre 2012, 21 866 détenus, répartis sur 27 prisons. Plus de la moitié des cas, soit 19 200 détenus, étaient âgés de 18 à 39 ans.

Au mois de novembre 2012, nous avons décompté 174 grévistes de la faim dans une seule prison celle de Mornaguia. Il s'agissait dans tous les cas d'une forme de revendication et de protestation chez des prisonniers politiques, des journalistes ou des anciens responsables. En dehors du milieu carcéral, cette forme de protestation a été utilisée par certains opposants politiques et aussi, notamment par certains blessés de la révolution ou des membres des familles des martyrs comme une réaction au retard de leur prise en charge et de leur réparation.

Cinq cas ont nécessité une prise en charge hospitalière. Des difficultés dans la prise en charge ont été rencontrées par les médecins notamment lors de l'évaluation des capacités de discernement et le devoir d'intervenir malgré la volonté exprimée des grévistes dans de telles situations.

Deux cas fatals de grève de la faim sont survenus le 15 novembre 2012 après 57 jours de grève.

En Tunisie, la grève de la faim est devenue fréquente depuis la révolution, particulièrement en milieu pénitentiaire. C'est un moyen de protestation qui touche progressivement l'intégrité corporelle de la personne protestante. Elle peut même entraîner la mort.

La prise en charge d'un gréviste est un acte particulièrement difficile pour les professionnels de la santé. La déontologie médicale oblige le médecin tunisien de préserver et sauver la vie humaine. Mais les règles du Code de déontologie ne mentionnent pas spécifiquement le cas de grève de la faim. Le médecin est tenu d'informer le gréviste des conséquences de son attitude et de respecter

son refus alimentaire volontaire et d'intervenir en cas de danger sur la santé du gréviste. Devant ce dilemme, le médecin se trouve face à un choix où sa conscience et son éthique personnelle doivent l'aider à se décider.

**Conclusion:**

La grève de faim est une forme particulière de protestation qui touche la santé. La prise en charge d'un gréviste implique le respect des droits humains fondamentaux et des règles éthiques de la pratique médicale.

**Mots clés :** grève de la faim, protestation, prisonnier, droit de l'homme

**Titre :** « *Malade soumis à une double sanction : sa maladie et l'abandon médical.* »

**Auteurs :** N. GASMI\*, O. KEMENI\*, R. SERHANE\*\*, A. ABOUBAKEUR\*\*, A. HAKEM\*

**Affiliations :** \*CHU d'Oran, (Groupe éthique du GRAS Université d'Oran)  
\*\* EHU d'Oran

Auparavant, le malade était l'exécutant, sans conteste et sans contrepartie, de son médecin traitant qui exerçait en toute impunité.

Aujourd'hui le patient a des droits. On lui reconnaît le libre choix : son autonomie face à sa maladie. Mais l'humain n'est pas qu'autonomie. Il est aussi caractérisé par sa vulnérabilité et sa fragilité. Problème plus exacerbé encore dans notre système de santé, non consolidé dans sa structure et son organisation et augmentant ainsi cette vulnérabilité. Le personnel de santé et l'entourage se trouvent eux même forcés à l'inaction pour aider le malade dans son parcours vers la guérison. Pire encore, ce système jette le malade en pâture dans les bras des prédateurs charlatans.

Notre exposé vise à sensibiliser le corps médical, rétablir la confiance entre les différents acteurs et ré-humaniser notre médecine.

**Mots clés :** Vulnérabilité, fragilité, précarité, défaillance du circuit médical, dérives.

*Titre :* « **Les Soins Pénalement Ordonnés : Analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature.** »

*Auteurs et affiliations :* M. ORSAT, MD, CHS de la Sarthe, Allonnes, France et Service Hospitalo-Universitaire, CH Sainte-Anne, Paris,  
J. CANET, MD, Pôle 1-6 de Psychiatrie adulte, CHS de la Sarthe, Allonnes, France,  
C. BRUNETIERE, Magistrat, Vice-Présidente du Tribunal de Grande Instance du Mans, chargée de l'Application des Peines, Le Mans, France,  
D. DECAMPS-MINI, Avocat, Barreau de Montpellier, Montpellier, France,  
S. RICHARD-DEVANTOY, MD, PhD, McGill University, Department of Psychiatry & Douglas Mental Health University Institute, McGill Group for Suicide Studies, Montréal (Québec), Canada

*Email :* [orsatmanuel@yahoo.fr](mailto:orsatmanuel@yahoo.fr)

### *Introduction :*

Les obligations et injonctions de soins sont les mesures de soins pénalement ordonnées (SPO) les plus fréquentes. Distinctes dans leurs procédures (pas d'expertise psychiatrique préalable obligatoire dans les obligations de soins, création du médecin coordonnateur pour les injonctions de soins,...), elles sont encourues pour des infractions différentes. Toutefois, toutes deux procèdent de la contrainte aux soins et mettent en lien les champs judiciaire, médical et social. En apparence augmentation, elles ne font pas encore l'objet d'une évaluation précise. Aussi, il convient d'évaluer la prévalence de ces mesures et de mieux caractériser les populations condamnées à des SPO au travers une revue systématique de la littérature sur ce sujet. A partir des résultats de cette revue de la littérature, nous proposons d'examiner les différentes questions que posent ces pratiques en termes d'objectifs, de formation des équipes de psychiatrie et d'articulation entre Justice et Psychiatrie.

### *Matériel et Méthodes :*

Une revue de la littérature médicale française portant sur les SPO a été réalisée par Science Direct jusqu'à 2013 et complétée d'une revue des articles répertoriés dans les bases de sciences humaines et de droit (Cairn et Dalloz).

### *Résultats :*

Le recours aux équipes de psychiatrie pour des SPO est de plus en plus fréquent. La prévalence des obligations de soins est nettement plus élevée (environ 20 000 condamnations par an) que les injonctions de soins (environ 4 000 mesures en cours d'exécution en 2010). Ces mesures concernaient surtout des hommes (83-99%), sans trouble mental caractérisé dans un cas sur deux, mais présentant au contraire des troubles de personnalité (22 à 65%). Les injonctions de soins concernaient des auteurs de violences sexuelles (AVS) (90% des cas) ; les obligations de soins étaient plutôt appliquées aux auteurs de violences non-sexuelles (40%-70%) qu'aux AVS (20-30%).

### *Discussion :*

Les travaux de recherche en psychiatrie sur les SPO sont trop peu nombreux et leur méthodologie insuffisamment rigoureuse. Face à des personnes généralement sans demande de soins, les professionnels de santé mentale sont démunis. Ils doivent concilier la contrainte aux soins

prononcée par la Justice et les droits du malade, notamment en termes de consentement et de secret. La formation en psychiatrie médico-légale est insuffisante : près de 40% des psychiatres ignorent la loi du 17 juin 1998 ou les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les AVS. En outre, les objectifs du soin psychiatrique ne sont pas superposables aux objectifs de prévention de la récidive visés par le législateur ; et les partenariats entre Justice et Santé peinent à se structurer. Par ailleurs, ces mesures de surveillance posent la question d'une forme de contrôle social confié au psychiatre. Le principe de précaution appliqué à la récidive en matière pénale amène la Justice à solliciter la Psychiatrie pour identifier le potentiel criminel ou récidiviste, afin de neutraliser préventivement les sujets dangereux.

*Titre :* « **Médecine et Droits de l'Homme en Tunisie** »

*Auteurs :* Z. KHEMAKHEM, A. AYADI, Y. NOUMA, Z. HAMMAMI, S. MAATOUG

*Affiliation :* Service de Médecine Légale, CHU Habib BOURGUIBA de Sfax 3029, Faculté de Médecine de Sfax, Université de Sfax –TUNISIE-

*Email :* [zkhemakhem@voila.fr](mailto:zkhemakhem@voila.fr)

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme telle qu'elle a été stipulée le 10 décembre 1948 à Genève (Suisse), ainsi que les protocoles additionnels surtout sociaux ont été adoptés par plusieurs pays, dont la Tunisie et qui ont abouti à des réformes législatives et réglementaires, incitant le pays à plus d'adhésion aux ratifications internationales en matière des Droits de l'Homme et notamment dans le secteur fort sensible aux citoyens, qu'est la santé

*Les objectifs* de ce travail sont les suivants:

- Connaître les fondements juridiques et réglementaires d'ordre médico-légal, relatifs à la médecine et les questions concernant les Droits de l'Homme en Tunisie ;
- Citer les problèmes médico-légaux inhérents aux failles juridiques, encore en vigueur,
- Proposer des perspectives d'amélioration.

Pour réaliser ce travail, nous avons procédé à une relecture et une analyse des textes du droit tunisien en la matière, et notamment le Code de Procédures Pénales Tunisien et le Code de la Protection de l'enfant.

Nous essayons de comparer nos données juridiques et doctrinales, actuellement en vigueur, avec le droit et la doctrine étrangers et notamment français, concernant surtout la garde à vue, la grève de la faim, la torture, le majeur incapable de se protéger et l'enfance en danger.

Nous formulons enfin des perspectives, en vue de réformes législatives et réglementaires, favorisant plus de respect des Droits de l'Homme en Tunisie.

*Mots clés :* Droits de l'Homme, Médecine, Loi, Tunisie

## ATELIER N8 - DPC « La personne vulnérable et la victimologie - Coordonnateur : G. LOPEZ

La vulnérabilité de la femme victime de violence : E. RONAI (résumé non reçu à ce jour)

La thérapie relationnelle du psycho traumatisme : G. LOPEZ (résumé non reçu à ce jour)

Le dépistage systématique des violences en médecine générales : G. LAZIMI (résumé non reçu à ce jour)

Discussion

## ATELIER N9 - L'expertise psychologique aujourd'hui - Coordinateur : C. BALLOUARD - Salle : Pavillon 3

Argument de l'atelier dans lequel un débat fait suite aux présentations des auteurs, tous trois psychologues, experts près le Cour d'Appel de Paris, qui mettent l'accent sur les nouvelles pratiques de l'expertise psychologique, avec ses spécificités et le renouvellement de ses questionnements.

La mise en cause explicite des psychologues dans l'affaire Outreau à travers leurs expertises a conduit ceux-ci à se conformer au modèle ambiant des compagnies d'experts. Outreau, c'est aussi un tournant dans la visibilité des psychologues en fonction d'expert, l'organisation mise en place dans le recrutement de ces professionnels assermentés devrait éclairer la responsabilité exigée par cet engagement, celle d'un ingénieur psychosocial en posture de conseil, fin clinicien par définition, prudent et rigoureux. L'expertise psychologique devient en effet plus longue avec les années et s'amplifie des questionnements judiciaires qui font écho aux avancées sociétales. Du simple examen de personnalité, nous sommes passés à des questionnements sur la crédibilité, la responsabilité et la dangerosité des personnes desquelles on souhaite connaître les motivations à agir, notamment en lien avec les faits.

### « L'expertise psychologique » - C. BALLOUARD

Aux interactions entre l'individu et son monde environnant, dont l'une d'elles est prise dans une situation judiciairisée lorsque nous examinons les personnes, répond l'usage adapté d'une perception unique d'un moment de rencontre que l'on prend le temps d'analyser comme l'échantillon d'une interaction propre à l'histoire de cet individu. Le psychologue emmène cette personne sur le terrain psychologique et procède à un examen balistique du trajet de sa personnalité, métaphorique s'entend, la chose psychologique pouvant donner lieu à tant de fantasmes, mais l'insistance sur le caractère minutieux de l'analyse devant être notoirement souligné. Il y a une concordance des points de vue lorsque le monde de la justice estime nécessaire de personnaliser une plainte, un procès, une sanction et demande à un psychologue placé en situation d'expert d'examiner tantôt un mis en cause ou un auteur, tantôt un plaignant ou une victime.

### « La place de la neuropsychologie dans les expertises civiles » – A. PIQUARD

Les cliniques sont ainsi différentes d'une situation à l'autre. Chaque situation implique un travail d'analyse de la personnalité, un travail d'élaboration. Il peut parfois être demandé au psychologue d'apporter sa contribution dans l'évaluation de préjudices subis (incapacité, souffrances psychologiques...). L'examen neuropsychologique permet alors d'évaluer spécifiquement les séquelles cognitives et psychocomportementales consécutifs d'un fait accidentel.

**« L'expert psychologue : ses limites et ses prérogatives » – G. CEDILE**

L'expertise psychologique d'aujourd'hui doit être une expertise minutieuse, organisée, et surtout, encadrée. La création de nos compagnies (nationales et régionales) permet en effet d'apporter aux jeunes experts le regard et les directives des plus chevronnés. Dans ce cadre, les compagnies organisent de manière régulière des formations spécifiques, sur des thèmes aussi variés qu'indispensables : les traumatismes simples, les traumatismes complexes, les expertises en milieu carcéral, l'écoute des enfants, le chiffrage de l'ITT, la compréhension des nomenclatures etc. Cependant, certaines difficultés subsistent. La commission VIOUT, qui s'est réunie après Outreau préconisait, par exemple, l'abolition du terme crédibilité dans les missions...Qu'en est-il aujourd'hui ?

La réalité est que ce terme subsiste de manière explicite ou implicite dans un bon nombre de missions. A titre d'exemple : « Existe-t-il des signes cliniques susceptibles de mettre en doute les propos du plaignant ? ». En d'autres termes, il est souvent reproché à l'expert judiciaire de s'octroyer un pouvoir qui n'est pas le sien, ce que les avocats ne manquent pas de nous faire remarquer aux Assises ! Mais n'est-il pas justement celui qu'on nous attribue implicitement, surtout lorsque l'ombre plane sur un verdict incertain. Evoquons ici les faits anciens, parfois à la limite de la prescription. Il n'y a plus de « traces ». « C'est la parole de l'un contre la parole de l'autre ». C'est particulièrement dans ces procédures là que nos expertises ont parfois, souvent, un poids qui peut sembler démesuré.

*Titre :* « **Le suicide dans la wilaya d'Annaba : à propos d'une étude réalisée au service de la médecine légale du C.H.U. d'Annaba.** »

*Auteurs:* Y. ZERAÏRIA – F. GUEHRIA F. – Y. MELLOUKI – L. SELLAMI L. – F. KAÏOUS – A. MIRA

*Affiliation :* Faculté de médecine d'Annaba. Algérie

*Email :* [zerairia.yacine@gmail.com](mailto:zerairia.yacine@gmail.com)

#### *Introduction :*

Le suicide est un acte intentionnel de destruction de soi-même par une personne consciente de l'acte et de ses conséquences.

En l'an 2001, presque un million de personnes se sont suicidées dans le monde. Les tentatives de suicide seraient 10 fois plus nombreuses. Pour l'Algérie, le phénomène du suicide prend de l'ampleur, avec un taux annuel de 2 pour 100 000 habitants.

Ces suicides ont des causes déterminantes diverses, considérées comme des « facteurs de risque ». Les autopsies psychologiques confirment que 95 % environ des suicides correspondaient à un trouble mental. Il existe par ailleurs de nombreux facteurs psychosociaux.

Notre travail a comme objectifs :

- de déterminer le profil épidémiologique du suicidé dans la wilaya d'Annaba.
- de mettre en exergue les déterminants du passage à l'acte suicidaire ainsi que les moyens de suicide.

#### *Matériel et méthodes :*

Il s'agit d'une étude rétrospective et exhaustive à caractère descriptif qui s'est déroulée dans l'unité de thanatologie du service de médecine légale du C.H.U. d'Annaba, allant du 01 Janvier 2009 au 31 Décembre 2012, soit quatre ans. Elle porte sur 106 cas de suicides autopsiés sur un nombre total de 1 149 autopsies pratiquées, soit une prévalence de 9,22 %.

Le diagnostic du suicide est basé sur la concordance entre les renseignements fournis par l'enquête des OPJ, l'état des vêtements, les constatations faites sur le cadavre et les données d'ordre psychiatrique.

#### *Résultats et discussion :*

- Le suicide est la troisième forme médico-légale dans le groupe des morts violentes de notre série, soit 106 cas de suicide sur un total de 682 morts violentes (15,54%).
- 84 suicidés (79,24%) sont de sexe masculin. le sexe ratio est de 3,76
- La tranche d'âge des suicidés est comprise entre 16 ans et 85 ans ; la plus touchée est représentée par la tranche d'âge comprise entre 20 et 30 ans, soit 34 cas (32,07%).
- 52 suicidés sont célibataires (49,05%) ; 41 sont mariés (38,68%).
- La majorité des suicidés sont sans activité professionnelle, avec 59 cas (55,66%).
- Plus de 53% des suicidés sont issus d'un milieu rural (57 cas).
- 3,77% des suicidés de notre série (04 cas) avaient déjà fait une tentative de suicide dans le passé.
- Dans plus de 37,90 % des cas le suicidé était atteint de troubles psychiatriques.

- La pendaison est le moyen le plus utilisé pour se donner la mort chez les deux sexes ; le diagnostic de pendaison vitale a été retenu dans 60 cas (56,60%) ; par ailleurs l'ingestion de toxiques (18,86%) est le 2ème moyen utilisé chez le reste des suicidés de notre série, suivie par la précipitation (12,26%).
- L'acte aut destructeur est survenu dans le domicile du suicidé dans 78 cas (73,58%), 15 suicidés ont été découverts dans des endroits isolés et non peuplés (14,15%).

### *Conclusion :*

Le suicide, rappelons-le, est une mort violente et il doit être traité comme telle par l'ensemble des instances judiciaires et médico-légales.

*Mots clés:* suicide; profil épidémiologique; déterminants du passage à l'acte suicidaire; moyens de suicide.

*Titre :* « **Les suicides complexes planifiés en Tunisie. »**

*Auteurs:* Y. CHKIRBENE, M. BEN KHELIL, W. THALJAOU, A. BANASR, M. HAMDOUN

*Affiliation :* Service de médecine légale. Hôpital Charles Nicolle de Tunis. TUNISIE

*Email :* [benkhelimehdi@yahoo.fr](mailto:benkhelimehdi@yahoo.fr)

Les suicides complexes sont les suicides réalisés par une combinaison de plus d'une méthode suicidaire. Ils sont dit planifiés quand la victime utilisera délibérément la combinaison de plus d'une méthode suicidaire pour empêcher l'échec de la première méthode et pour assurer le résultat mortel. Ils dénotent une détermination à se donner la mort, et peut parfois poser des difficultés dans la qualification du diagnostic médico-légal et dans l'étude de l'imputabilité de l'un ou l'autre des mécanismes utilisés.

L'objectif de notre travail est de déterminer les associations de mécanismes suicidaires observées au nord de la Tunisie et de dresser les profils victimologiques des sujets observés.

Nous avons réalisé une descriptive, sur une durée de 5 ans (du 01 janvier 2009 au 31 Décembre 2013). Nous avons colligés rétrospectivement tous les cas de suicide autopsiés au service de Médecine Légale de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Puis nous avons inclus les cas de suicide complexe.

Durant la période d'étude nous avons colligés 7 cas de suicide complexe, avec une prédominance masculine (6 des 7 victimes). L'âge moyen est de 34,4 ans. 2 parmi les 7 victimes présentaient des antécédents connus de maladie psychiatrique. Aucune victime n'a tenté de se suicider auparavant. Trois des 7 suicides ont été commis au domicile de la victime. La précipitation est le moyen suicidaire le plus observé (4 cas) suivi des plaies par armes blanches (3 cas). La pendaison incomplète et le suicide toxique ont été observés dans 2 cas. Nous avons remarqué la présence de 7 associations différentes avec l'absence d'une association particulière entre des mécanismes

suicides. Dans trois cas, la cause de la mort est une asphyxie mécanique et dans les quatre autres cas elle est secondaire à un polytraumatisme.

Mots clés : Suicide, Suicide complexe, autopsie, pendaison, précipitation

*Titre :* « **La mort violente par suffocation oro-faciale** »

*Auteurs :* K. AMMELI, Y. NOUMA, S. BARDAA, W. BEN AMAR , S MAATOUG

*Affiliation :* Service de médecine légale centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba Sfax

*Email :* [docyoussef@live.fr](mailto:docyoussef@live.fr)

### *Introduction*

La suffocation oro-faciale est une cause de mort relativement rare chez l'adulte.

Nous nous proposons de rappeler les circonstances d'observation de cette forme d'asphyxie mécanique et les différentes étapes du diagnostic médico-légal.

### *Matériel et Méthodes*

Nous rapportons 4 affaires de suffocation orofaciale colligées au service de médecine légale du CHU H. Bourguiba de Sfax (Tunisie) durant une période de quatre ans allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009. Nous avons exclu de notre étude les cas d'infanticide.

### *Résultats:*

La suffocation orofaciale représente 1.7% de l'ensemble des cas d'asphyxie mécanique observés durant cette période d'étude. Tous les cas observés dans notre série sont d'origine criminelle. Nous avons observé 3 victimes de sexe féminin. Dans tous les cas le diagnostic a été basé sur l'étude des commémoratifs, l'examen externe du corps et l'autopsie médico-légale. Dans trois cas, des examens complémentaires ont été pratiqués. Le syndrome asphyxique a été observé dans tous les cas. Les ecchymoses et les écorchures faciales péri buccales et périnarinaires ont été aussi constantes. Une agression sexuelle a été retrouvée dans trois cas et a constitué le mobile du crime.

### *Discussion*

La suffocation orofaciale est une forme rare d'asphyxie mécanique. Elle se caractérise par la difficulté de sa réalisation chez l'adulte vigoureux qui se défend et par son origine le plus souvent criminelle. Ces deux éléments incitent à accorder de l'importance au moindre signe de violence constaté notamment à l'extrémité céphalique du cadavre d'un sujet jeune d'autant plus que la mort revêt un caractère inattendu ou suspect. Ces mêmes raisons rendent aussi l'examen sexuel systématique. Les prélèvements peuvent découvrir une soumission chimique ayant servi pour affaiblir les défenses de la victime ou une agression sexuelle associée et peuvent contribuer à l'identification de l'agresseur parmi les suspects.

### *Conclusion*

La découverte de lésions de violence sur le cadavre d'un sujet jeune notamment faciales doit inciter à pousser les investigations médico-légales afin de ne pas méconnaître une suffocation

orofaciale criminelle.

*Mots clés:* syndrome asphyxique, violence, agression sexuelle, autopsie

*Titre :* « **Les intoxications mortelles: à propos de 79 cas** »

*Auteurs :* I. EL JAMALI\*, A. BELHOUSS\*, F. AIT BOUGHIMA\*\*, A. DAMI\*, H. BENYAICH\*

*Affiliations :* \*Service de Médecine Légale, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc  
\*\*Université Mohamed V, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Maroc.

*Email :* [imadel21@gmail.com](mailto:imadel21@gmail.com)

### *Introduction :*

Les intoxications mortelles au Maroc posent un véritable problème de santé publique. Elles se caractérisent par leur polymorphisme, leur fréquence et leur gravité.

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur 79 dossiers de décès suite à une intoxication au cours de la période allant du mois de janvier 2011 au mois de décembre 2013 dans le service de médecine légale du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

L'intoxication au phosphore d'aluminium représente la cause la plus fréquente de mort toxique durant notre période d'étude avec un taux de 48%, suivie par l'intoxication à l'esprit de sel avec un taux de 28%.

La victime a un âge moyen de 36 ans avec des extrêmes allant de 15 à 87 ans, de sexe masculin dans 54% des cas, célibataire dans 52% des cas, sans profession dans 62% des cas, ayant des antécédents psychiatriques dans 29% des cas et ayant ingéré le produit dans un but suicidaire dans 82% des cas. Le délai de survie est par ailleurs moins de 24 heures dans 56,5% des cas.

L'étude autopsique a montré une congestion viscérale surtout à localisation pulmonaire dans 73,5% des cas et un épanchement des séreuses dans 22,5% des cas. L'étude toxicologique a été positive chez toutes les victimes, hormis les intoxications à l'esprit de sel, confirmant l'origine de l'intoxication.

L'absence d'antidote pour la plupart de ces intoxications ainsi que la précarité de la prise en charge thérapeutique qui consiste exclusivement au traitement et à la prévention des complications rendent le pronostic de ces intoxications sombre.

En somme, le rôle de la prévention en général et le respect de la législation régissant les activités de commercialisation des produits toxiques, à usage agricole en particulier, sont d'un intérêt capital pour faire baisser l'incidence et la mortalité de ces intoxications.

*Mots clés :* intoxications, insecticides, esprit de sel, monoxyde de carbone, médicaments

*Titre :* « Orifice d'entrée inhabituel d'une plaie par arme à feu : A propos d'un cas autopsique »

*Auteurs :* M.A. MESRATI, N. HAJSALEM, A. AISSAOUI, A. CHADLY

*Affiliation :* Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir Tunisie

*Email :* amin.ms29@live.fr

### *Introduction :*

Les blessures par arme à feu ont de plus été de plus en plus nombreuses après la révolution tunisienne. La mission confiée au médecin légiste sollicité dans ce type de violence, est de déterminer le nombre de projectiles qui ont atteint le corps, leurs trajets, la direction de tir ainsi que le type d'arme.

Nous rapportons, à travers un cas autopsique, une forme inhabituelle d'un orifice d'entrée occasionné par une arme à feu.

### *Rapport du cas :*

Il s'agissait d'un homme âgé de 57 ans, policier, victime d'une agression physique par un groupe de personnes armées. Le policier est décédé sur place après avoir été blessé. Une autopsie judiciaire a été demandée afin de déterminer la cause de la mort et de reconstituer le trajet des balles qui ont atteint le corps. A l'examen extérieur, nous avons noté deux orifices d'entrée : au niveau de la face externe du bras droit et la région axillaire droite. L'autopsie a permis de mettre en évidence l'étui du projectile chassé au niveau de la cavité glénoïde de l'articulation de l'épaule gauche. L'enquête judiciaire a conclu au cours du procès qu'il s'agissait d'un seul tir. Comment expliquer alors la présence de deux orifices d'entrée pour un seul tir ?

### *Conclusion :*

La blessure par réentrée du projectile d'arme à feu est un phénomène rarement décrit dans la littérature. Il doit être discuté chaque fois que le nombre de tir est inférieur aux orifices d'entrée constatés à l'autopsie.

*Mots clés :* arme à feu- orifice de réentrée

*Titre :* « **Formes d'asphyxie inhabituelle dans l'activité du service de médecine légale de Monastir-Tunisie** »

*Auteurs :* M.A. MESRATI, N. HAJ SALEM, A. AISSAOUI, A. CHADLY

*Affiliation :* Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir Tunisie

*Email :* [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

### *Introduction :*

L'asphyxie est un mode de décès fréquemment rencontrée dans la pratique du médecin légiste. La forme médico-légale varie généralement entre la forme accidentelle et la forme suicidaire. Nous rapportons dans ce cadre, trois cas autopsiques d'asphyxie mécanique inhabituelle et nous discuterons les formes médico-légales du décès.

### *Rapport des cas :*

Cas n°1 : N.S. est un homme âgé de 43 ans, connu asthmatique sous traitement et suivi pour paranoïa. Il a été admis d'office au Service de Psychiatrie après une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse. Il a été isolé dans une unité fermée avec aménagement complet de la chambre. Trois jours après son hospitalisation, il a été découvert décédé dans sa chambre. Une autopsie médico-légale a permis de mettre en évidence un nébuliseur obstruant le carrefour aéro-digestif.

Cas n°2 : Il s'agit d'un homme âgé de 49 ans, sans antécédents pathologiques, marin pêcheur de profession. Il a été victime lors de l'activité de pêche de l'inhalation accidentelle d'un corps étranger, alors qu'il était en train de dénouer le filet de pêche par les dents. Des manœuvres d'extraction du corps étranger par ces accompagnants ont échoué et le décès est survenu rapidement. Une autopsie médico-légale a été pratiquée. Elle a permis d'objectiver de multiples ecchymoses du carrefour aéro-digestif, de la base de langue, du larynx et des deux cordes vocales. L'ouverture de la trachée a trouvé un poisson (de type sole) mesurant 10 cm de long, plaqué contre la carène et obstruant la branche souche droite. Les poumons étaient turgescents et œdémateux. La mort était rattachée à une asphyxie mécanique.

Cas n°3: Une femme âgée de 38 ans, sans antécédents pathologiques notables, est décédée de per-  
prandiale de façon inopinée. Une autopsie médico-légale a été performée. L'examen extérieur a montré un syndrome asphyxique marqué sans autres anomalies. L'autopsie a permis de mettre en évidence un bol alimentaire semi solide (Bsissa) compacté tout le long de l'œsophage et obstruant l'étage sous et supra-glottique. Les analyses toxicologiques sont revenues négatives. Le décès était attribué à un "café coronary syndrome".

### *Conclusion :*

L'analyse du premier cas nous amène à discuter la responsabilité de l'équipe soignante dans la survenue du décès dans un milieu qui offre des soins.

*Mots clés :* asphyxie - formes inhabituelles

**Titre :** « *Aspects médico-légaux des ruptures disco-ligamentaires dans les événements provoqués par le train* »

**Auteurs :** D. PERJU-DUMBRAVA (1), I. FULGA (2), C. REBELEANU (2), O. CHIROBAN (1)

**Affiliation :** 1 - Université de Médecine et Pharmacie Cluj, Roumanie  
2 - Université de Médecine Galati, Roumanie

**Email :** [dperjudumbrava@umfcluj.ro](mailto:dperjudumbrava@umfcluj.ro)

### *Introduction*

Les lésions mortelles provoquées par les trains soulèvent de nombreux et variés problèmes médico-légaux, criminalistiques et bioéthiques. Les aspects rencontrés sur les lieux de l'événement, les lésions variées de type polytraumatisme, la difficulté d'établir le caractère vital des lésions, soulèvent de nombreuses questions et entraînent parfois des interprétations erronées, ayant de graves conséquences pour l'enquête judiciaire. Cet article se propose l'analyse des aspects des traumatismes vertébro-médullaires existants dans des cas impliquant des événements comme le suicide, l'accident, comparé au dépeçage post mortem (meurtre, par exemple), toutes provoquées par le train. Nous avons étudiés 50 cas, présentés comme des accidents provoqués par le train dans la région de Cluj, Roumanie, morphologiquement et corroborant les résultats avec l'aide des officiers de police qui ont donné les circonstances et les dates des enquêtes. Nous avons principalement étudié les lésions vertébrales, et plus spécialement la rupture disco-ligamentaire inter-vertébrale, avec ou sans signe vital. Nous avons aussi sacrifié 3 porcs domestiques, et les avons posés sur le chemin de fer après leur mort, 3 heures après la mort, avec un intervalle de 5 heures. Les résultats macro et microscopiques ont été analysés et montrent des signes vitaux clairs dans les ruptures intravitam, comparés aux ceux des porcs domestiques, où elles sont absentes. Cela est utile pour différencier les cas avec des accidents sans témoins ou avec des dates contradictoires, comparé aux meurtres où les victimes sont posées post-mortem sur le chemin de fer pour dissimuler le meurtre.

**Mots clés :** trains, rupture disco-ligamentaire, signe vital.

*Titre :* « **Wireless capsule endoscopy - a fatal case** »

*Auteurs :* C. SILVA; O. SAYCHUK; M.C. MENDONÇA, J. COSTA SANTOS

*Affiliation :* Lisbon Delegation of the National Legal Medicine Institute

*Email :* [dr\\_carlossilva@hotmail.com](mailto:dr_carlossilva@hotmail.com)

#### *Introduction:*

The wireless capsule endoscopy, introduced into clinical practice in 2000, is a simple, minimally invasive technique with good diagnostic results and considered to be safe and well tolerated with very low complication rates, compared to traditional procedures. It is currently the most commonly method utilized in the diagnosis and management of inflammatory bowel disease. Five cases of life-threatening intestinal perforation caused by impacted capsule retention, were recently reported. Here we report the first fatal case following wireless capsule endoscopy.

#### *Case presentation:*

The body of a 62-year-old Portuguese female, with the information of sudden death, after wireless capsule endoscopy, was received in the Lisbon Delegation of the National Legal Medicine Institute in order to perform a forensic autopsy. Forty-eight hours after capsule ingestion the victim had acute abdominal distension and pain, sweating and frequent emesis, dying in the bathroom. The external postmortem examination revealed morbid obesity and a vertical abdominal operative scar 20 inches long. After the exploitation of the body cavities, we verified peritoneal effusion of turbid liquid with fetid smell, adhesions of terminal ileum, fecal content in the stomach and esophagus, petechiae with "red purple" pattern distributed along the hepatic and intestinal surface and diffuent spleen. The capsule was impacted near the terminal ileum, 6 inches from ileocecal valve, where we identified a stricture of the ileum 4 inches in length, conditioning intestinal obstruction upstream and perforation. Medical history of the victim revealed an 18-year-old hysterectomy with adjuvant chemotherapy and radiotherapy, for carcinoma of the cervix, with consequent constipation, and in the last 3 to 4 years with diarrhea. The colonoscopy with biopsy performed at on Sep 20th of 2011 and the computed tomography scan on Feb 8th of 2012 were suggestive of nonspecific ileitis.

#### *Conclusion:*

After consulting the literature, we found out that this was the first fatal case in consequence of the retention of capsule endoscopic in patients without known Crohn's disease. This is a potentially serious complication and has an incidence rate of 1-2%, although this varies between 0.75% and 21%, depending on procedural indication and patient characteristics. Although wireless capsule endoscopy technique represents a very low risk, the patient should be fully informed of the risks involved, of the need for emergency attendance and the potential need for emergency laparotomy.

*Titre :* « **Topography of contusion injuries of cerebrum as a result of falls depending on the localization of the head contact with the ground case** »

*Auteurs :* Z. CHAKAR, A. STANKOV, G. PAVLOVSKI, V. POPOSKA, V.BELAKAPOSKA , N. BITOLJANU

*Affiliation :* Institute of forensic medicine, criminalistics and medical deontology, Medical Faculty, University Ss. Cyril and Methodius, Skopje, R. Macedonia

*Email :* [cakarzdravko@yahoo.com](mailto:cakarzdravko@yahoo.com)

### *Introduction:*

Brain injuries as a result of falls are mostly acceleration-deceleration type of injuries. The knowledge that brain injuries can occur when there is no direct contact with of the head with the ground we have analyze the most common segment of brain injuries as a result of fall when the head comes in the direct contact with the ground. Empirical knowledge lead us to analyze the localization of contact surface of the head compared with the ground and the distribution of the brain injuries.

### *Materials and methods:*

We analyzed 400 cases of head injuries during autopsies performed on the Institute of Forensic Medicine, criminalistics and medical deontology, Medical Faculty, University Ss. Cyril and Methodius, Skopje, R. Macedonia and we performed graphic records, photographs and histopathology analyses.

### *Discussion:*

Empirical knowledge used in every day work inspired us to analyze the facts, and we noticed that there are certain rules that are implied between the location of the contact surface of the head with the ground and the location of the brain injuries. In the paper we elaborate: frontal contact, contact of vortex, right and left parietal-occipital lobe, right and left temporal-parietal lobe and occipital lobe.

### *Results:*

The results we got confirmed the empirical knowledge:

Frontal contact dominantly leads to frontal basal injuries

Vortex contact dominantly leads to frontal basal injuries

Parietal contact dominantly leads to coup and contre-coup injures of the parietal lobes of the cerebrum

Parietal occipital contact dominantly leads to contre coup injures of frontal-parietal-temporal lobe

Occipital contact dominantly leads to contre coup injures of frontal-temporal lobe

### *Conclusion:*

Results are useful for the forensic medicine specialist as well as neurosurgeons and neurologists. Our experiments continue with the tendency to use more tenuously elements and methods.

*Key words:* fall; contact surface of the head; brain injuries

*Titre :* « **Fêtes de Bayonne : aspects médico-légaux** »

*Auteurs :* B. BECOUR (1), P. N GUYEN (2), E.P. GAULT (2), T. MOKNI (2)

*Affiliations :* (1) Unité médico-judiciaire, Hôtel-Dieu, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris  
(2) SMUR de Bayonne

*Email :* [bertrand.becour@htd.aphp.fr](mailto:bertrand.becour@htd.aphp.fr)

### *Matériel et méthode :*

Les Fêtes de Bayonne sont un des plus importants rassemblements festifs annuels en France, désigné « grand événement national ». Leur fréquentation est de 1 à 1,5 million de personnes en cinq jours et nuits au début du mois d'août. Elles nécessitent un dispositif d'encadrement sanitaire, un dispositif de sécurité publique dimensionné à cet afflux de population et une coordination entre les premiers secours et l'équipe médico-judiciaire, sous l'autorité du sous-préfet de Bayonne. Elles imposent la gestion sanitaire d'un grand nombre de blessés et d'alcoolisés qui font intervenir les structures hospitalières locales, des renforts régionaux et nationaux.

### *Résultats :*

Le bilan judiciaire des Fêtes de Bayonne 2012 est présenté : atteintes aux personnes, atteintes aux biens, qualifications retenues à l'encontre des personnes en garde à vue.

### *Discussion :*

Le traitement judiciaire des infractions est adapté afin de permettre le maintien des points de contrôle durant les 5 jours. Les infractions routières constatées font l'objet d'un traitement spécialisé. Les mesures sanitaires et répressives concernant l'ivresse publique et manifeste et les mesures de sécurité routière permettent de contenir les comportements à risque favorisés par l'alcool et d'éviter les décès par noyade, par chute de lieu élevé (remparts de la ville) ou par accident de la voie publique. Lors de grands rassemblements, l'assistance aux personnes et la prévention des risques liés aux mouvements de foule sont les priorités des organisateurs.

### *Conclusion :*

La pérennité d'un grand rassemblement dépend de sa portée culturelle et de sa sécurisation. La sécurisation repose sur la coordination entre les acteurs sanitaires, de sécurité publique et judiciaire.

*Titre :* " **Training in Forensic medicine in Romania** "

*Auteurs :* I. FULGA, D. PERJU-DUMBRAVA, CL CHITESCU, IC NECULA, M. MORARU, V. ARDELEANU

*Affiliations:* Dunarea de Jos University of Galati, Medical and Pharmaceutical University of Cluj-Napoca

*Email:* [fulgaiuliu@yahoo.com](mailto:fulgaiuliu@yahoo.com)

In Romania, forensic medicine is a 4-year specialty program that can be taken after completing medical school and after passing National Residency Exam. One can choose his future medical specialization depending on the grade obtained at National Residency Exam. It is separate from anatomical pathology. Upon completion of the program, a forensic medicine specialist will obtain the title "legal medicine specialist". This paper describes evolution and structure of undergraduate and postgraduate education in forensic medicine in Romania.

*Key words :* forensic medicine, antegrade, postgraduate training

**Titre :** « *Intérêt de l'anatomopathologie dans les morts toxiques : à propos d'un cas d'intoxication létale par l'éthylène glycol* »

**Auteurs :** T. GUINET<sup>1</sup>, G. MAUJEAN<sup>1,2</sup>, D. MALICIER<sup>1,2</sup>

**Affiliation :** <sup>1</sup> Institut de Médecine Légale, Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, France

<sup>2</sup> Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard Lyon 1

**E-mail :** [tiphaine.guinet@gmail.com](mailto:tiphaine.guinet@gmail.com)

Les toxiques sont souvent impliqués dans les décès médico-légaux, qu'ils soient la cause du décès ou ayant joué un rôle dans sa survenue. Souvent d'origine suicidaire, les morts toxiques peuvent également être accidentelles et exceptionnellement criminelles. Du fait du caractère souvent peu informatif des circonstances de découverte du corps et de l'examen externe dans ce type de décès, la pratique d'une autopsie médico-légale préconisée par la recommandation R(99) 3 sur l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale se révèle fondamentale devant toute mort subite et tout corps non identifié ou altéré. En fonction des situations cliniques, les analyses toxicologiques peuvent être d'interprétation difficile, du fait notamment de la pauvreté des matrices exploitables, ou de valeurs objectivées comme limite. Si l'intérêt de l'anatomopathologie est largement reconnue dans les morts subites, notamment celles d'origine cardiaque, son intérêt dans les morts toxiques n'est pas toujours suffisamment mis en avant.

Au travers d'un cas clinique et d'une revue de la littérature, nous illustrerons tout l'intérêt de l'anatomo-pathologie dans le champ des morts toxiques.

Nous rapportons le cas d'une femme découverte dans un bois en hiver, 3 jours après le signalement de sa disparition. Une bouteille de liquide de refroidissement était retrouvée dans sa voiture. L'autopsie a mis en évidence une congestion polyviscérale. Les analyses toxicologiques ont objectivé une concentration d'éthylène glycol dans le sang (N= 205 mg/l), correspondant à une valeur toxique susceptible d'être létale, mais figurant parmi les valeurs les plus basses retrouvées dans la littérature. Des cristaux d'oxalate de calcium mono-hydratés étaient toutefois mis en évidence lors de l'examen histologique au niveau de l'encéphale, des reins, du myocarde, du foie et sur la cytologie urinaire, permettant de conclure à une intoxication létale par éthylène glycol.

Une revue de la littérature sera présentée, centrée sur les substances rattachées à des décès toxiques et susceptibles d'être objectivées au niveau tissulaire de manière spécifique par un examen microscopique.

**Mots clés :** Médecine légale, Autopsie, Toxicologie, éthylène glycol, intoxication

*Titre :* « **Intoxications médicamenteuses mortelles chez le personnel de santé** »

*Auteur :* E.F SOUID

*Affiliation :* CHU de Sétif

C'est une présentation de 04 cas de décès (deux médecins réanimateurs, un chirurgien et un technicien de santé travaillant au bloc d'obstétrique), suite à des intoxications médicamenteuses aiguës.

*Matériel et méthodes:*

Salle d'autopsie.

Prélèvements effectués dans un but d'expertise toxicologique.

Laboratoire d'analyse toxicologique.

*Résultats:*

Détection de doses létales de médicaments hypnotiques dans les liquides biologiques.

*Conclusion:*

L'ampleur du phénomène,

Les éléments en commun entre les 04 cas,

Sonnette d'alarme pour le surmenage professionnel chez le personnel de santé.

*Titre :* « **Dépistage de la consommation de substances psychoactives en milieu professionnel : enjeux techniques, éthiques et réglementaires** »

*Auteurs :* L. TUCHTAN-TORRENTS a, C. BARTOLI a, M.P. LEHUCHER-MICHEL b, P. LE COZ c, G. LEONETTI a, A.L. PÉLISSIER-ALICOT a

*Affiliations :* a Service de médecine légale, CHU Timone, AP-HM, Marseille  
b Consultation de pathologie professionnelle, service de médecine et santé au travail, hôpital Timone, AP-HM, Marseille  
c Faculté de médecine/Aix-Marseille Université, Espace éthique méditerranéen/UMR 7268

*Email :* [lucile.tuchtan@ap-hm.fr](mailto:lucile.tuchtan@ap-hm.fr)

*Objectifs.*

La consommation de substances psychoactives (SPA) en milieu professionnel peut générer des accidents pour les salariés ou des tiers. Ce risque est d'autant plus élevé que le salarié occupe un poste de sûreté/sécurité. La mise en évidence de consommations repose sur le repérage clinique et sur le dépistage biologique. Ce dernier a fait l'objet d'avancées mais aussi de controverses ces dernières années. Les auteurs font le point sur les dernières avancées en la matière.

### *Méthodes.*

Après une présentation des données épidémiologiques récentes et des effets des principales SPA, les auteurs discutent les dernières avancées technologiques en matière de dépistage, analysent les recommandations du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) ainsi que les différents textes législatifs relatifs à la mise en évidence d'une consommation de SPA en milieu professionnel.

### *Résultats.*

Alors que les modalités de dépistage ainsi que la réglementation concernant l'usage de l'alcool en milieu professionnel n'ont pas connu récemment de modifications majeures, le dépistage salivaire des stupéfiants, dont les performances se sont améliorées, se généralise au détriment du dépistage urinaire, car il est simple à réaliser et plus respectueux de l'intimité de la personne. Le CCNE reconnaît le dépistage salivaire comme acceptable sur le plan éthique et se positionne en sa faveur, alors que les différents textes réglementaires s'orientent plutôt vers un renforcement des actions de prévention. De nombreuses incertitudes persistent donc encore quant au statut du dépistage, rendant parfois difficile le positionnement du médecin du travail.

*Mots clés :* Dépistage, alcool, substances psychoactives, éthique, réglementation

*Titre :* « **A case report : Décès dans un service de psychiatrie et effets indésirables de la CLOZAPINE** »

*Auteurs :* O. REGNAUT, C. MANAOUIL, C. DEFOUILLOY, O. JARDE

*Affiliation :* CHU AMIENS

*Email :* [oceane.regnaut@orange.fr](mailto:oceane.regnaut@orange.fr)

### *Introduction :*

La CLOZAPINE est un traitement efficace pour les patients schizophrènes résistants aux autres antipsychotiques. Le risque de décès dû à une agranulocytose est maintenant minimisé par des surveillances régulières biologiques. Toutefois, la CLOZAPINE peut entraîner le décès par une série d'autres mécanismes.

### *Case report :*

Une femme admise depuis quelques mois en secteur psychiatrique est sous CLOZAPINE. Elle présente quelques jours avant son décès des troubles du transit mis sur le compte des troubles psychiatriques. Elle est retrouvée décédée dans son lit un matin. L'autopsie et l'étude du dossier médical a permis de mettre en évidence une colite diffuse avec occlusion intestinale sur constipation. Un des effets indésirables de la CLOZAPINE est la constipation du fait d'une hypomotilité due à ses effets anticholinergiques et antihistaminiques.

*Mots clés :* médecine légale - psychiatrie - schizophrénie - CLOZAPINE - constipation

*Titre :*            **« Prise volontaire de pentobarbital : une série de 9 cas en région parisienne (2011-2013) »**

*Auteurs :*        M. DEVEAUX 1, I. PLU2, G. HOIZEY 1, I. SEC 2, M. CHÈZE 1, G. PÉPIN 1, B. LUDES 2

*Affiliations :*   1 Laboratoire Toxlab, Paris  
                      2 Institut de Médecine Légale de Paris

*Email :*            *marc.deveaux@labotoxlab.com*

Le pentobarbital est un barbiturique hypnotique d'action rapide qui était utilisé en anesthésie. En France, seul le Doléthol<sup>®</sup>, destiné à l'anesthésie des petits animaux, est encore commercialisé. Cependant on le trouve toujours à l'étranger sous le nom de Nembutal<sup>®</sup> et il est facile de se procurer le pentobarbital via Internet.

Les auteurs décrivent une série de 9 cas de suicide par ce barbiturique, survenus en région parisienne entre 2011 et 2013.

Il s'agit de 6 hommes (âgés de 29 à 74 ans) et de 3 femmes (41, 60 et 72 ans). Une autopsie a été effectuée dans 4 cas. Les 5 autres victimes ont bénéficié d'un examen externe par un médecin légiste confirmé avec prélèvements sanguins cardiaques. Une expertise toxicologique de référence a été effectuée dans tous les cas et le pentobarbital a été retrouvé à des concentrations situées dans une fourchette de 5,8 à 10 µg/mL, moyenne 7,6 µg/mL (N=8). Ces valeurs sont considérées comme potentiellement létales en l'absence d'assistance respiratoire. Dans un seul cas, la concentration sanguine de pentobarbital était faible (0,18 µg/mL) mais la victime s'était jetée d'une grande hauteur et avait ingéré d'autres psychotropes. Dans 2 cas, d'autres psychotropes ont été retrouvés dans le sang à des concentrations toxiques. Dans 2 autres cas, du métoclopramide a été identifié et dosé dans le sang: ce médicament est utilisé classiquement comme antiémétique lors d'une prise orale de pentobarbital (en relation avec les protocoles de suicide parfois proposés sur Internet). Une ischémie mésentérique a été retrouvée dans un cas.

Dans cette série, l'intoxication médicamenteuse à but suicidaire ne fait aucun doute. Les prélèvements faits lors des autopsies ont permis d'effectuer les recherches de pentobarbital dans le contenu gastrique et de confirmer la prise orale. Il faut noter que les dépistages par méthodes immunochimiques ne permettent pas de mettre en évidence le pentobarbital car ces méthodes sont dédiées au phénobarbital. Il est donc essentiel de rechercher et doser le pentobarbital par chromatographie gazeuse/spectrométrie de masse et chromatographie liquide/barrette de diodes pour affirmer l'intoxication aigue par le pentobarbital.

*Titre :* « **Heat-shock proteins 27 expression in right and left ventricle is altered after combination of binge ethanol and MDMA** »

*Auteurs :* J. NAVARRO-ZARAGOZA 1,2 ; O. VALVERDE 3 ; M. LAORDEN 2,4 ; A. LUNA 1,2

*Affiliations :* 1- Legal and Forensic Medicine, Department of Social and Health Sciences  
2- Instituto Murciano de Investigaciones Biosanitarias  
3- Dept. Exp. Sci. and Health. Univ. Pompeu Fabra, PRBB, Barcelona, Spain  
4- Department of Pharmacology, Medicine School, University of Murcia

It is known that ethanol and 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) are two of the most common co-abused substances, and the cardiac consequences of such association have not been yet elucidated. Several studies have demonstrated that drinking at least 5 units of alcohol (ethanol) on a single occasion could produce negative behavioural consequences, affecting mood and cognitive performance after its intake. MDMA ingestion in humans can also induce neurochemical, behavioural, and endocrine alterations similar to those produced by exposure to acute stress. On the other hand, Hsp27, acts as an endogenous cytoprotective stress response protein, eliciting cardioprotection to ischemic injury, via its role as a molecular chaperone. Hsp27 can be reversibly phosphorylated on three serine residues. The aim of this study was to evaluate the cardiac effects of ethanol and MDMA combination through the expression of Hsp27 and its phosphorylation at Serine 82, 48h, 72h and 7 days later.

Adolescent naive male CD-1 mice weighing 25–30 g at the beginning of the experiments were used in this study. Ethyl alcohol diluted in water (20% (v/v)) was administered eight days during two weeks. Last day, MDMA hydrochloride (2 mg/ml; i.p.) was injected 48h, 72h and 7 days later, mice were sacrificed and Hsp27 expression was quantified by Western Blot in both heart ventricles.

Our results showed that combination of ethanol and MDMA increases the expression of Hsp27-Ser82 in right ventricle 48h, 72h and 7 days compared to control group meanwhile in left ventricle only at 48h. On the other hand, Hsp27 is increased in right ventricles 48h, and 7 days when compared to control group and in left ventricle 48h and 72h after the referred administration. These results demonstrate that consumption of ethanol and MDMA in combination by adolescents, can produce cardiac effects that persist during a long period after concomitant exposure to both substances.

*Titre :* « Un contrôle de qualité de la fixation des ITT, un premier pas qualitatif pour les victimes et les auteurs - Résultats préliminaires de l'Arc Alpin »

*Auteurs :* D. SEYNAEVE, F. PAYSANT, A. GIORDANO, V. SCOLAN

*Affiliation :* Service de médecine légale CHU de Grenoble

*Email :* FPaysant@chu-grenoble.fr

La détermination de l'Incapacité Totale de Travail fait toujours l'objet de controverse entre victimes et auteurs, entre les médecins et la justice. L'hétérogénéité des fixations des ITT était source de critiques, fondées ou non.

La réforme de la médecine légale a permis de recentrer cette activité de certification des violences. Il nous a semblé utile au sein du réseau médico-légal de l'arc alpin (départements 05, 26, 38, 13, 74) de mettre en place un contrôle de qualité.

### *Méthodes*

Nous avons envoyé 4 séries de 20 dossiers anonymisés réels à 12 médecins légistes participants à l'arc alpin. Ces dossiers étaient constitués d'un paragraphe de commémoratifs, de la description lésionnelle et de la symptomatologie fonctionnelle.

Il était demandé aux médecins destinataires de fixer l'ITT en nombre de jours et de retourner les résultats à un médecin centralisateur.

Trois médecins, dont un hors région, sont considérés comme experts. C'est leur fixation d'ITT qui fera référence pour apprécier les réponses des praticiens soumis au contrôle de qualité.

### *Résultats*

Ils sont présentés pour l'ensemble du groupe, puis en fonction de chaque dossier et enfin par médecin.

Ces résultats permettent à chacun de se situer.

Ces résultats permettent de montrer que les professionnels fixant des ITT dans le cadre du dispositif de médecine légale ont une appréciation assez juste, qui serait reproductible quel que soit le médecin et quel que soit le lieu de consultation. Ces éléments constituent une réponse argumentée aux critiques

Ce contrôle de qualité devra s'étendre d'une part à l'aspect qualitatif de la description lésionnelle et, d'autre part, à des médecins hors arc alpin de médecine légale en particulier les Urgentistes des centres hospitaliers.

*Mots clés :* ITT, contrôle de qualité, pratiques professionnelles

*Titre :* « Réparation des séquelles génito-sexuelles chez les traumatisés médullaires hommes accidentés de la route »

*Auteurs :* N. BEN AMMAR<sup>1</sup>- W. HARCHI<sup>2</sup>- S. LEBIB<sup>2</sup> – I. MIRI<sup>2</sup>- F.Z. BEN SALAH<sup>2</sup> – C. DZIRI<sup>2</sup>

*Affiliation :* 1 : Office national de la famille et de la population Tunisie  
2: service de Médecine Physique Réadaptation Fonctionnelle Institut MT KASSAB d'Orthopédie La Manouba Tunisie

*Email :* [benammar71@yahoo.fr](mailto:benammar71@yahoo.fr)

### *Introduction :*

L'évaluation médico-légale des troubles génito-sexuels pose à l'expert plusieurs problèmes qui sont soit liés à la difficulté de la réalisation de l'expertise par manque de données sur les pièces médicales fournies ou par non déclaration de ces troubles par la victime ; soit parce que la reconnaissance de l'imputabilité de ces troubles exige la connaissance des critères d'appréciation ou encore à cause de l'insuffisance du barème tunisien.

### *Objectif :*

Attirer l'attention des prestataires et des experts sur les séquelles génito-sexuelles qui occupent une part importante dans l'altération de la qualité de vie des hommes traumatisés médullaires accidentés de la route.

### *Matériels et Méthodes :*

Nous avons procédé par une étude rétrospective d'expertise intéressant huit patients traumatisés médullaires accidentés de la route. Tous les patients avaient subi une expertise médicale. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, des expertises médicales ainsi que les examens cliniques et paracliniques.

### *Résultats :*

Aucun dossier médical ne contenait de données, ni d'exploration de la fonction génito-sexuelle malgré l'atteinte évidente de cette fonction chez les traumatisés médullaires.

### *Conclusion :*

Nous avons conclu que, la non réclamation des troubles génito-sexuels par le blessé médullaire et le manque des données médicales sur les supports médicaux fait que l'expert se trouve démuné d'éléments qui lui permettent d'évaluer le dommage dans ses dimensions réelles. De plus, l'insuffisance du barème tunisien ne permet pas une appréciation équitable de ce préjudice. Donc une meilleure connaissance de ces troubles par les prestataires et les experts, ainsi qu'une amélioration du barème tunisien concernant, surtout, l'individualisation de ce chef de préjudice, permettront une meilleure réparation juridique et également, une meilleure prise en charge pour une réintégration sociale optimale.

*Mots clés :* troubles génito sexuel- traumatisme médullaire- réparation des dommages corporels

**Titre :** « *Expertise des crises convulsives et des absences consécutives à un traumatisme crânien: A propos de 12 cas* »

**Auteurs :** M.A. MESRATI, N. HAJ SALEM, A. AISSAOUI, A. CHADLY

**Affiliations:** Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir Tunisie

**Email :** [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

### **Introduction :**

Les épilepsies post-traumatiques (EPT) posent des problèmes particuliers en matière de réparation du dommage corporel. Ces problèmes sont essentiellement en rapport avec la détermination du diagnostic de l'épilepsie, l'établissement du lien d'imputabilité entre les séquelles et le traumatisme initial et l'évaluation du taux d'incapacité partielle permanente (IPP) et des préjudices annexes.

### **Objectif :**

Le but de ce travail est d'étudier l'expertise médicale dans les cas de crises convulsives et d'absences consécutives à un traumatisme crânien à travers la revue de quatre cas.

### **Matériel et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective de douze cas d'expertise médicale de sujets ayant développé des crises convulsives et/ou des absences dans les suites d'un traumatisme crânien. Pour chaque cas, nous avons procédé à un recueil des commémoratifs et à une analyse des données des documents médicaux en particulier le certificat médical initial et le rapport médical dressé par le médecin traitant.

### **Résultats :**

L'événement traumatique a consisté en un traumatisme crânien isolé dans six cas, associé à un traumatisme facial grave dans trois cas et rentrant dans le cadre d'un polytraumatisme pour les cas restants. Le traumatisme crânien était jugé grave initialement dans 80% des cas. La moyenne d'âge était de 23.8 ans (6 ans-37 ans). Tous les patients étaient de sexe masculin. Les signes cliniques évocateurs d'épilepsie ont consisté en des crises convulsives généralisées ou des absences. Les crises sont apparues en moyenne dans un délai de 7 mois. Le diagnostic d'EPT a été établi dans dix cas. Les crises convulsives ont été rattachées à une sclérose hippocampique et non à l'EPT dans un cas. Ces crises n'ont pas été rattachées à une EPT dans un autre cas devant la disparition des crises initiales et l'absence d'anomalies électriques évocatrices d'épilepsie.

### **Conclusion :**

L'expertise du dommage corporel des épilepsies post-traumatiques nécessite avant tout d'authentifier l'épilepsie. L'analyse des critères d'imputabilité reste le garant pour infirmer ou confirmer le lien de causalité entre épilepsie et traumatisme initial.

**Mots clés:** épilepsie post-traumatique - expertise

*Titre :* « **Coup de fouet cervical et malformation du rachis cervical** »

*Auteurs :* D.R. SCHILLACI

*Affiliation :* Université de Milan-Bicocca - Ecole de Médecine et Chirurgie  
Département des Sciences de la Santé

*Email :* [daniela.schillaci@unimib.it](mailto:daniela.schillaci@unimib.it)

L'évaluation médico-légale dans le but de permettre la réparation du dommage corporel en responsabilité civile est souvent routinière en cas de coup de fouet cervical, mais peut être aussi un défi d'évaluation dans des cas particuliers.

Le coup de fouet cervical est défini comme un mécanisme d'accélération-décélération de l'énergie transférée au cou, généralement dû à un accident de la route. L'impact peut entraîner des lésions squelettiques ou des tissus mous et la présence d'une problématique du rachis cervical, marqué par une malformation congénitale et peut modifier la réponse physiologique au traumatisme en déterminant des séquelles plus graves.

Un homme (né en 1965, prothésiste dentaire). En Juillet 2010, au volant d'une voiture, sur l'autoroute, a été frappé par derrière par une autre voiture. Le dispositif électronique a enregistré une accélération pendant l'impact de 9.76g. A la fin de la projection en avant de la tête, le sujet (hauteur 192cm) est resté avec la tête fixée sous le pare-soleil, avec une perte de conscience temporaire immédiate, des douleurs au cou, au bas du dos, avec une sensation de lourdeur et paresthésie au membre supérieur droit.

Les malformations congénitales du rachis cervical ont été détectées à la charnière C1-C3, sans fractures. Le diagnostic définitif a été un traumatisme cervical, confirmé par un contrôle de neurochirurgie avec prescription d'un collier cervical et thérapie analgésique.

Dans les trois mois suivants, des séquelles sensitivo-motrices d'origine médullaire étaient devenues évidentes aux quatre membres, traitées avec des séances de rééducation.

Un an après l'accident, les symptômes étaient caractérisés par des troubles visuels et tétraplégie incomplète par un syndrome bulbaire dans une malformation cervicale.

Une IRM cervicale dynamique a démontré, dans l'hyperextension maximale, une annulation de la distance C1-C2 pour un mouvement vers le bas et vers l'avant de la dent et avec flexion forcée de la tête l'apex de la dent entre en contact avec la jonction de l'ampoule-médullaire, le passage bulbo-médullaire est déplacé vers l'avant et le cordon médullaire est tendu.

La franche instabilité de la charnière crânio-rachidienne dans un cadre de malformation a été traitée avec une stabilisation occiput-cervicale (11/2011), suivie par une phase de rééducation, qui a permis une amélioration du ton musculaire des membres, une reprise partielle de l'autonomie de la marche et de la vie quotidienne, avec dysphagie et diplopie persistantes, asymétrie résiduelle des paupières, instabilité axiale et vertige.

Depuis le début, les symptômes post-traumatiques étaient caractérisés par un syndrome neurologique attribuable au rachis cervical, évolué en un cadre de tétraplégie, dysphagie, diplopie en raison d'une instabilité de la jonction crânio-cervicale traitée après 16 mois de l'accident de la route avec une stabilisation chirurgicale.

Dans ce cas, la mobilité et la réponse élastique de la colonne cervicale dans un accident de la route ont été indubitablement changés par les caractéristiques morphologiques modifiées, non seulement des os, mais aussi capsulaire et ligamentaire.

La région C1-C2 du rachis cervical a subi un stress important pendant le coup de fouet cervical, qui a déterminé la blessure du ligament transverse de l'odontoïde propre, situation pathologique au

début partiellement compensée par la position neutre de la tête. Mais après la graduelle reprise quotidienne du mouvement cervical et l'abandon du collier, a évolué en une franche instabilité vertébrale avec un mouvement anormal de l'odontoïde, qui en flexion complète entrait en contact avec la jonction de l'ampoule-médullaire, situation confirmée par l'imagerie IRM dynamique.

La malformation du rachis cervical, la dynamique et la force du traumatisme cervical permet d'identifier un lien de causalité entre l'accident de la route et le syndrome neurologique myélo-radicaux manifesté en phase aiguë, en raison d'une dislocation après la rupture du ligament odontoïde transversale. L'arthrodèse vertébraux-occipitale a déterminé une stabilité des symptômes neurologiques.

Les traumatismes cervicaux par accidents de voiture sont les plus fréquents en clinique, mais rares sont les malformations vertébrales, qui peuvent modifier la réponse élastique du rachis cervical. On peut conclure que l'état antérieur du cas observé doit être considéré comme significatif pour le déterminisme du grave handicap post-traumatique permanent, avec également des conséquences sur la capacité spécifique au travail du lésé.

*Mots clés:* dommage corporel; évaluation médicale; coup de fouet cervical, état antérieur.

*Titre :* « **L'avortement à Constantine (Algérie)** »

*Auteurs :* K. DOUBALI, A. BENHARKAT

*Affiliation :* Service de médecine légale du C.H.U.de Constantine

*Email :* [khadou072@yahoo.fr](mailto:khadou072@yahoo.fr)

L'avortement constitue une problématique à laquelle notre société est confrontée. C'est un sujet qui reste tabou, malgré les modifications sociales que connaît notre société. Il se pratique dans toutes les classes de la société et il est généralement peu connu de la justice.

Généralement, le médecin légiste est chargé de rechercher s'il y a eu avortement et de déterminer si celui-ci a été provoqué.

Cette expertise commence généralement dès la scène du crime et se complète par d'autres examens complémentaires notamment l'expertise génétique.

L'avortement pose également le problème complexe de l'imputabilité et le problème de réparation de la femme qui a interrompu sa grossesse suite à des violences volontaires ou involontaires.

*Mots clés :* Avortement criminel, expertise médico-légale, Imputabilité

*Titre :* « **Réflexion éthique sur la pratique de l'identification en odontologie légale** »

*Auteurs :* C. LABORIER, D. CERINO, P. WELSCH

*Affiliation :* AFIO

*Email :* [claudelaborier@wanadoo.fr](mailto:claudelaborier@wanadoo.fr)

A l'heure où la pratique de la médecine et de l'odontologie sont soumises à des instances économiques, juridiques et bio-politiques qui légitiment une déontologie défensive, il devient nécessaire de revivifier les valeurs éthiques qui constituent l'ossature de la démarche médicale. Il est important de relever ce défi en menant une réflexion éthique sur la pratique de l'identification en odontologie légale. La problématique exposée est la reconstitution des parties du visage et des maxillaires prélevées à l'autopsie dans le contexte de l'identification des personnes. Le visage est-il encore le symbole de l'identité ? Des considérations religieuses ou partisans doivent-elles encore autoriser les détracteurs à nous faire renoncer à cette pratique simple, efficace, incontournable dans le contexte des catastrophes de masse.

*Titre :* « **Structuration de la sensibilisation à l'éthique médicale en formation initiale odontologique.** »

*Auteurs :* O. HAMEL (1,2), T. TRENTESAUX (1,3)

*Affiliations :* 1. Faculté de Médecine de Paris Descartes  
2. Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse  
3. Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

*Email :* [olivier.hamel@univ-tlse3.fr](mailto:olivier.hamel@univ-tlse3.fr)

L'enseignement de l'éthique médicale dans le programme de formation initiale odontologique est prévu depuis l'arrêté du 27 septembre 1994. Les premières tentatives datent de 1999 avec l'instauration d'une sixième année dans le cursus. Plus récemment, le profil de compétence du chirurgien-dentiste européen établi par l'ADEE (Association for Dental Education in Europe) conforte la place des sciences humaines et sociales dans la formation des odontologistes.

Concernant la réalisation de cours d'éthique, l'intitulé donne du sens à l'évènement : enseignement, éducation ou sensibilisation... ; la forme également : cours magistral, enseignement dirigé ou travail pratique...

La structuration de la sensibilisation à l'éthique comprend tout d'abord la justification auprès des étudiants d'une telle initiative.

Le contenu de la formation s'appuie en grande partie sur les recherches en éthique menées dans le domaine odontologique. Toutes les spécialités de l'odontologie sont concernées.

Le choix du moment de la formation dans le cursus prend en compte le temps de réalisation des premiers gestes cliniques.

Au-delà des expériences locales de structuration, l'engagement du Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en Santé Publique favorise les échanges entre les seize facultés françaises.

L'enjeu principal de notre démarche est de favoriser la réflexion des futurs chirurgiens-dentistes sur leur finalité professionnelle.

**Titre :** *« L'éducation thérapeutique, une nouvelle approche de la vulnérabilité sociale en odontologie pédiatrique. »*

**Auteurs :** T. TRENTESAUX (1,3), O. HAMEL (1,2)

**Affiliations :** 1. Faculté de Médecine de Paris Descartes  
2. Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse  
3. Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

**Email :** [thomas.trentesaux@univ-lille2.fr](mailto:thomas.trentesaux@univ-lille2.fr)

En France, l'indice carieux a fortement diminué depuis plus de 30 ans. La carie dentaire constitue une maladie qu'il est possible de prévenir. Les facteurs de risque sont connus. Pour autant, quelques groupes "à risque" cumulent l'essentiel de la pathologie et les mesures préventives restent inefficaces à leur égard. Leurs comportements en matière d'hygiène alimentaire et buccodentaire sont inadaptés. Leur norme de santé est différente et conduit au développement de la pathologie.

En odontologie pédiatrique, l'enfant constitue le sujet du soin, mais le praticien s'inscrit dans une relation triangulaire avec les parents. Quelle attitude adopter lorsque la modification des comportements nécessaires à l'amélioration de la santé buccodentaire de l'enfant n'est pas obtenue? Une expérience récente avait pour but d'instaurer un soin sous conditions. En l'absence des modifications de comportement, le soin n'était pas entrepris. Même si cette solution pouvait parfois provoquer un "électrochoc" salutaire, elle posait un certain nombre de questions. La norme contrainte peut-elle réellement permettre d'améliorer la santé de notre sujet de soin? Quelle place pour l'enfant, sous la responsabilité d'un tiers théoriquement responsable mais potentiellement défaillant? Quelles stratégies mettre en place si le contrat n'est pas suivi?

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de modifier notre approche et de changer de paradigme. Pour ces populations vulnérables, la carie dentaire constitue non pas une pathologie aiguë mais une véritable pathologie chronique. La carie précoce du jeune enfant est un facteur prédictif majeur de développement carieux à l'âge adulte et la pathologie s'installe dans le temps. Dès lors, l'approche coercitive ne peut être efficace dans la mesure où elle ne tient compte que de paramètres biomédicaux normalisés. Cette approche repose sur une responsabilisation des parents et de l'enfant. Mais pour être responsable, il faut être libre, exercer des choix. Ces populations, souvent en situation de précarité, ne possèdent pas les ressources nécessaires pour répondre aux exigences demandées. L'approche s'avère donc plus complexe et doit intégrer de nombreux paramètres dans une dimension biopsychosociale. Elle s'appuie sur la nécessité de développer des compétences, des "capabilités" au sens d'Amartya Sen et de diminuer les écarts de libertés pour réduire les inégalités sociales de santé. L'éducation thérapeutique du patient, en instaurant une relation différente d'écoute, de compréhension et d'accompagnement constitue une formidable voie d'avenir en chirurgie dentaire pour prendre en charge ces patients et leur famille. A une médecine buccodentaire normative et coercitive s'oppose alors une médecine et une éthique de la sollicitude et de la réciprocité. Cette politique du "care" qu'il nous faut développer nous offre l'espoir de limiter l'impact de cette pathologie carieuse, qui reste considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le quatrième fléau mondial.

*Titre :* **« Tensions éthiques dans les choix thérapeutiques chez les professionnels de soins bucco-dentaires spécifiques ou la question du « juste soin » ? Implication des patients et de leurs aidants dans la mise en place d'une étude Delphi. »**

*Auteurs :* A. BLAIZOT (1,3), C. HERVE (1), T. TRENTESAUX (1,3), O. HAMEL (,2)

*Affiliations :* 1. Faculté de Médecine de Paris Descartes  
2. Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse  
3. Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

*Email :* [alessandra.blaizot@wanadoo.fr](mailto:alessandra.blaizot@wanadoo.fr)

#### *Introduction :*

Les patients à besoins spécifiques présentent un état bucco-dentaire fortement altéré pouvant avoir des répercussions importantes sur leur état de santé générale et leur qualité de vie. Une précédente étude par entretiens semi-directifs d'aidants de patients en situation de handicap intellectuel et pris en charge dans un réseau de santé en odontologie a montré qu'aidants et chirurgiens-dentistes prenaient des décisions pour ces patients dont les capacités cognitives étaient fortement limitées, et certaines de ces décisions, étaient sources de conflits. En effet, et malgré le souci de plus en plus marqué de reconnaître la place de chacun dans cette relation de soins, des tensions peuvent émerger face aux différents choix thérapeutiques depuis l'abstention

thérapeutique jusqu'à la réhabilitation globale. Plus largement, peut-on aujourd'hui justifier de limiter les choix thérapeutiques chez les patients à besoins spécifiques du seul fait de leur vulnérabilité particulière alors même qu'une réhabilitation globale conforme aux données acquises de la science pourrait avoir des effets bénéfiques sur leur santé ? L'étude Delphi mise en place auprès de professionnels de soins bucco-dentaires spécifiques en France cherchera à débattre de cette question en s'attardant plus particulièrement sur les justifications avancées par les professionnels.

#### *Méthode :*

La méthode Delphi fait partie des méthodes de recherche qualitative - dite de consensus – et repose sur la constitution d'un groupe d'experts qui se prêle, à distance, à un processus itératif de questionnaires. Afin de s'assurer de la validité de la problématique et des questions les plus pertinentes, des patients en situation de handicap intellectuel, des aidants professionnels et non professionnels sont associés au projet dès sa phase initiale par le biais de groupes de discussion.

#### *Résultats :*

L'analyse des groupes de discussion a montré que ces patients rencontrent des difficultés dans leur parcours de soins bucco-dentaires notamment en termes d'information et de participation aux choix thérapeutiques. Le premier questionnaire de l'étude Delphi a pu être discuté et corrigé avec les groupes d'aidants en vue de sa future utilisation.

#### *Discussion :*

Cette étude Delphi sera l'occasion de rediscuter des différents modèles de prise de décision qui s'affrontent pour des personnes dans l'incapacité de le faire pour elles-mêmes puis de débattre autour de la notion de « juste soin ». A la suite de ce travail, des pistes de réflexion pourront être soulevées sur les évolutions à imaginer en termes d'offre de soins bucco-dentaires en France.

**ATELIER N15 Partage d'information entre soignants et administration pénitentiaire**  
**Coordonnateur : Pr V. Hédouin**

L'intervention des soignants dans la commission pluri-disciplinaire unique Damien MAUILLON (équipe d'Angers) (résumé non reçu à ce jour)

Partage de l'information durant l'hospitalisation (UHSI). Intervenant de Rennes à préciser (résumé non reçu à ce jour)

Le *nécessaire* partage de l'information au cœur de la détention Anne BECART (Lille). (résumé non reçu à ce jour)

### ATELIER N3 - Ethique clinique et formation médicale – Coordonnateur : M.F. MAMZER

Paroles de patient : **P. MARVANE** (résumé non reçu à ce jour)

Parole de jeune médecin : **M. PICCOLI** (résumé non reçu à ce jour)

Paroles d'enseignant (psychiatrie) : **C. LEMOGNE** (résumé non reçu à ce jour)

### ATELIER N11 - Éthique de la recherche sur le corps mort - Coordonnateurs : B. PROUST et P. CHARLIER

« Conserver et présenter des restes humains au 21ème siècle » **A. FROMENT** (UMR 208, IRD Muséum National d'Histoire Naturelle)

Si l'on comprend que le cadavre puisse être considéré comme un patient, le statut des restes humains anciens, qu'ils soient découverts sur les chantiers archéologiques ou conservés dans les collections d'anatomie et d'anthropologie héritées du XIXe siècle, posent un problème éthique particulier. Ils proviennent de groupes d'origine culturelle très diverse, dont les traditions sont souvent hostiles à tout principe d'investigation ou d'exposition. De nombreux mouvements politico-religieux ont ainsi appelé à la restitution de ces restes à leur communauté d'origine. Pourtant, l'étude de l'histoire évolutive de notre espèce, et les recherches relevant de la bioarchéologie (reconstitution du mode de vie des populations disparues) requièrent un échantillonnage de l'ensemble de l'humanité, considérée comme un tout indivisible. Pour résoudre cette contradiction, on peut s'appuyer sur la distinction entre les personnes nommées, éligibles à la restitution, et les anonymes, dont la collection constituerait, comme pour les fossiles plus anciens, un « bien commun » mondial.

« Evolution du statut du mort et de la définition de la mort. » **E. MARTINENT** (Université Paris Descartes)

Mort et décès autour de deux notions et deux interprétations d'un même fait.

Il est inséré en droit certaines règles relatives aux constats de décès, fonctions des situations dans lesquelles ce dernier advient. Pour que l'autorité publique puisse être renseignée sur les causes et la réalité de la mort, le formalisme juridique fait le départ entre les constatations de décès dans les cas ordinaires et dans les circonstances extraordinaires. Lors de la création du code civil (1803) l'attestation par des témoins faisait foi.

Parallèlement, la peur d'être enseveli vivant fut l'occasion de débats autour des inhumations clandestines et précipitées. La police administrative fait traditionnellement l'exploit de règles relatives au respect d'un certain laps de temps qui offre des garanties de la certitude de la mort. C'est l'officier d'état civil qui la constate avant que le médecin ne soit convoqué comme étant son ministre. Le ministre le plus compétent pour la vie devient le ministre de la mort. Il n'existait

toutefois pas encore d'intérêts en conflit autour du mourant, du moribond et du gisant. Tel n'est plus le cas aujourd'hui. Le médecin dialogue avec la vie qui prend fin et le médecin des morts en détermine les causes dans des situations distinctes. Il intervient pour affirmer avec sa certitude morale qu'une personne humaine est morte ou se meurt entre maintien en vie et obstination déraisonnable. Il intervient pour affirmer avec des certitudes techniques qu'une personne est morte en fonction de critères légaux de constat. Cela seul permettant que la pratique des prélèvements d'organes soit rendue possible. La vérité médicale dialogue avec la vérité juridique. Il en va de la qualification en droit comme du diagnostic en médecine, l'objectivité expire parfois dans les subjectivités pratiques de ces opérations. La détermination de la mort plus que la constatation du décès devient alors un enjeu polémique. Puisqu'il n'existe pas de définition juridique de la mort et que celle-ci nous échappe la complexité et l'humilité sont deux voies à emprunter pour que soit éclairée la mort comme fait.

« L'autopsie virtuelle remplacera-t-elle un jour l'autopsie "classique" » - **G. GORINCOUR** (résumé non reçu à ce jour)

« Le droit du cadavre. » **M. TOUZEIL-DIVINA** (EA 4333, Le Mans) (résumé non reçu à ce jour)

« Le statut et la représentation du corps mort : quelle réintégration sociale en médecine légale ? » **P. CHARLIER** (UVSQ / APHP), **I. LE BLANC** (IML de Rouen), **J. MARCHAUT** (UVSQ), **B. PROUST** (IML de Rouen), **F. ALT-MAES** (IML de Rouen) (résumé non reçu à ce jour)

#### **ATELIER N12 - Estimation de l'âge osseux - Coordonnateurs : Fabrice DEDOUIT - Laurent FANTON**

« Contexte judiciaire de l'examen, rappels sur les principes des méthodes d'estimation de l'âge chez le sujet vivant » - **F. DEDOUIT** (CHU de Toulouse) (résumé non reçu à ce jour)

« Présentation d'images tomodensitométriques claviculaires » - **L. FANTON** (CHU de Lyon) (résumé non reçu à ce jour)

« Manipulation d'images tomodensitométrique sur ordinateur par les participants » (15 places disponibles) (résumé non reçu à ce jour)

« Contexte judiciaire de l'examen, rappels sur les principes des méthodes d'estimation de l'âge chez le sujet vivant », **F. DEDOUIT** (CHU de Toulouse) (résumé non reçu à ce jour)

#### **Introduction :**

Estimer l'âge d'un sujet vivant fait partie des missions confiées aux médecins légistes par la justice. Le plus souvent réalisée dans le cadre de procédures pénales, cette estimation a des conséquences toujours importantes pour la personne. Son objectif est en effet d'estimer un âge biologique au plus près d'un âge réel, sur la base duquel le magistrat va mettre en œuvre la procédure adaptée. Depuis 2000, un groupe multidisciplinaire d'experts (Study Group of Forensic Age Diagnostics of the German Association of Forensic Medicine) formule des recommandations concernant la détermination de l'âge chez le sujet vivant. Ces recommandations sont actuellement les suivantes :

- Une information préalable de la personne sur l'objet de la mission et ses modalités d'accomplissement, ainsi que le recueil de son consentement,

- Un examen clinique complet comportant en particulier la recherche des antécédents médicaux, la détermination de l'origine ethnique, les mesures anthropométriques (taille, poids), la détermination du stade pubertaire, un examen dentaire et la recherche de pathologies susceptibles d'interférer avec la croissance,
- Une radiographie de face de la main et du poignet gauches,
- Un panoramique dentaire,
- Dans le cas où la maturation osseuse du poignet et de la main est complète, la réalisation d'un scanner des clavicules.

L'objectif de cet atelier est d'initier ou de compléter la formation des participants à la lecture de scanner de la clavicule compte tenu des enjeux judiciaires de cet examen et de données récentes mettant en évidence l'importance de l'expérience des médecins dans l'utilisation de cette méthode.

En pratique pour cet atelier :

- Pour des raisons pratiques seules 15 places sont disponibles.
- Un questionnaire portant sur les pratiques habituelles d'estimation de l'âge chez le sujet vivant sera remis aux participants avant l'atelier.
- L'atelier comportera :
  - Une présentation orale (contexte judiciaire de l'examen, rappels sur les principes des méthodes d'estimation de l'âge chez le sujet vivant, rappel sur le protocole proposé par Study Group of Forensic Age Diagnostics of the German Association of Forensic Medicine, principes de l'interprétation des images tomodensitométriques de la clavicule),
  - La manipulation d'images tomodensitométriques claviculaires sur ordinateur par les participants.

Un second questionnaire sera ultérieurement adressé aux participants pour évaluer l'impact de l'atelier.

*Titre :* **« Lutte contre la torture en Tunisie, apports de la nouvelle loi du 23 octobre 2013 »**

*Auteurs :* M. ZAAFRANE, M. ALLOUCHE, Y. CHKIRBÈNE, W. THALJAOU, M. ZHIOUA, M. HAMDOUN

*Affiliation :* Service de médecine légale EPS Charles Nicolle, Tunis

*Email :* [zaafranemalek1986@gmail.com](mailto:zaafranemalek1986@gmail.com)

La torture est tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne. C'est un sujet d'actualité qui pose un problème épineux au niveau de la législation nationale et internationale.

Aujourd'hui, en 2013, cela fait soixante-cinq ans que la Déclaration universelle de droits de l'Homme a mis la torture hors la loi, conformément à son article 5 : « Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ».

La Tunisie a ratifié la plupart des conventions internationales tel que : le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), les Conventions de Genève (1949) et leurs Protocoles additionnels (1977), la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1988) et son « Protocole facultatif » (2002), établissant un système international d'inspection des lieux de détention.

La législation nationale, de son côté, a institué des sanctions sévères envers la pratique de la torture dans les articles 101 (modifié par la loi n°2005-46) et 101 bis (ajouté par la loi n°99-89 du 2/8/1999) du Code Pénal Tunisien. D'une autre part, le Code de déontologie tunisien dans son article 7 recommande au médecin de ne pas participer ou exercer la torture. Toujours dans cette perspective d'affirmation que l'interdiction absolue de la torture est de nos jours un acquis majeur du droit national, une nouvelle instance publique et indépendante voit le jour, définie par la loi organique n°2013-43 du 23 octobre 2013 et dénommée « l'instance nationale pour la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». Dans ce travail, nous nous proposons d'analyser cette loi et nous discutons les apports et les défis posés ainsi que le rôle du médecin au sein de cette instance.

**Titre :** « *La protection pénale des droits du patient en Tunisie* »

**Auteurs :** M. BELHADJ, M. JEDIDI, M. BOUGHATTAS, T. MASMOUDI, M.K. SOUGUIR, M. BEN DHIAB.

**Affiliation :** Service de Médecine Légale, Hôpital Universitaire F. Hached de Sousse (Tunisie)

**Email :** [mariem.bhdj@gmail.com](mailto:mariem.bhdj@gmail.com)

**Introduction:**

L'évolution de la médecine et de la société ont permis d'établir de nombreux droits en faveur des patients. Parallèlement, le droit pénal ne cesse d'investir de nouveaux domaines en lien avec l'évolution de la société et du progrès.

**Méthode:**

Nous exposons une revue des différents textes d'aspect pénal qui entourent les principaux droits du patient en Tunisie et leurs portées dans la protection de ces droits.

**Conclusion:**

La protection pénale des droits du patient s'organise par le biais de plusieurs valeurs protégées, la vie, l'intégrité physique ou psychique, la confidentialité, etc.  
Cette protection se base sur le Code pénal et les dispositions pénales extérieures à ce Code.

**Mots clés:** droits du patient - protection pénale – Tunisie

---

**Titre :** « *Rôle du médecin dans la protection des incapables majeurs en droit tunisien* »

**Auteurs :** M.A MESRATI, N. HAJ SALEM, A. AISSAOUI, A. CHADLY

**Affiliation :** Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba  
Monastir Tunisie

**Email :** [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

L'incapable majeur est toute personne qui, ayant acquis la majorité légale, mais qui du fait d'une altération de ses facultés physiques ou psychiques, n'est pas en mesure de pourvoir seule à la sauvegarde de ses intérêts, ni de faire face seule à ses obligations sociales. Pour ce fait, le droit tunisien a promulgué plusieurs textes de loi visant la protection juridique de cet incapable majeur dont la seule forme est la tutelle. L'intervention du médecin est prépondérante dans la mise en place du régime de protection juridique lors de la rédaction des certificats médicaux en cause. Par

cet acte grave et sérieux, qu'est le certificat médical, le médecin peut voir sa responsabilité médicale engagée tant sur le plan pénal, civil, disciplinaire qu'administratif. D'où le fait que prudence et conscience sont requises avant d'accepter de le rédiger.

L'objectif de ce travail est de rapporter les conditions et les mesures judiciaires de protection des incapables majeurs en Tunisie et de souligner le rôle du médecin, à travers l'établissement des certificats médicaux, dans toutes les étapes de la procédure judiciaire.

*Mots clés* : incapable majeur- protection- médecin- droit tunisien

*Titre* : **« Assessment of patients awareness about their rights in teaching hospitals in Iran »**

*Auteurs* : KIANIMEHRZAD, B. SHABNAM, H. INAZARISAEED, M. ZADE, KAKAVAND

*Affiliation* : ShahidBeheshti University Of Medical Sciences - Iran

*Email* : [kiani1341@yahoo.com](mailto:kiani1341@yahoo.com)

#### *Introduction:*

One of the ethical and legal aspects of patient' care is paying attention to their rights and demands, notifying patients to their rights is considered as one of the main foundations of medical practice. In 2002 Iranian patients' rights charter with the aim of explaining health care recipients' rights and promoting ethical standards was established, and sent to all health centers around the country. In this study reassessed the awareness of patients about the contents of patients' right bill in Iran and ask them if they have enjoyed their rights during hospitalization.

#### *Material and Methods:*

A convenience sample of 202 patients was recruited for this study. The subjects selected during random sampling among hospitalized patients in Shahidbeheshti university of medical sciences hospitals (The 2nd greatest university in Iran) and a questionnaire including 3 parts was designed to collect data. The first part was the patients demographic parameters, the second part was the patients' awareness of their rights and the third part was about the patients' opinion (if they have received suitable care in accordance to their rights during hospitalization). After coding, data analyzed using spss 18 and descriptive statistics as frequencies and percentages. Interval and ratio variables presented in the form of means and standard deviations and tested by student t-test. The association between variables was examined using person correlation tests and the significance level was chosen as  $p < 0.05$

#### *Results:*

The age of patients ranged between 11-87 years old. About one third of the sample group was male (33.67%) and rest of them were female (66.33%). About three fourth (78.79%) of patients were married and more than half of them had educational level higher than high school (58%). The

mean number of admission was 3.12 and about one third of patients were admitted one time in hospitals. 23% of patients answered to all questions about awareness of their rights correctly and 59.5% had at least one incorrect answer among questions related to awareness. The highest score was given to this part of patients right charter that says "If the patient should be transferred to another hospital, the patient has the right to be informed of treatment team's skills, rates and insurance coverage of health services in destination medical centers in advance "and the least score belonged to". The presence of other people who do not directly take part in treatment procedure will depend upon patient's permission".

About patients satisfaction of receiving suitable care the mean score was 8.08 (from total score 11). There was no statistically relation between mean score of satisfaction and education level of patients and also number of hospital admission ( $p=0.376$ ).

### *Conclusion:*

This study showed that although patients awareness and satisfaction is in acceptable levels generally (about 70% of satisfaction level), but it seems that we need to increase both patients and physicians' knowledge about some parts of patients' right charter so we must arrange basic and applied teaching programs specially in fields such as patients' rights to privacy and their autonomy according to Iranian culture and laws and promotion in methods and legislations regarding to protect medical documents and data in country to achieve better results in health management fields.

*Key words:* patients, rights, satisfaction, Iran, Health care

*Titre :* "Évaluation de l'enseignement de L'Éthique et de la Déontologie chez les étudiants de Médecine dans deux Universités Espagnoles"

*Auteurs :* M. CASTELLANO-ARROYO\*, M. CASADO-BLANCO\*\*, P. HURTADO-SENDÍN\*\*\*

*Affiliations :* \*Université de Alcalá de Henares. Faculté de Médecine (Madrid)

\*\*Université d'Extremadura. Faculté de Médecine (Badajoz)

\*\*\*Hôpital Universitaire de Badajoz

*Email :* mcarroyo@ugr.es; maria.castellano@uah.es

### *Introduction*

On a comparé les enseignements au sujet de l'Éthique et de la Déontologie médicales qu'ont les étudiants, avant et après avoir accédé au Programme de Médecine Légale, Éthique et Déontologie, matière du dernier cours à la Faculté de Médecine.

### *Matériel et méthode*

Nous avons préparé un questionnaire avec 20 questions sur des problèmes éthiques et déontologiques les plus importants de l'exercice professionnel.

Les questionnaires ont été remplis au début du cours 2013-2014 et à la fin du même cours (quatre mois après); toujours de manière anonyme.

Les Facultés de Médecine participants sont Alcalá de Henares (Madrid) y Badajoz (Extremadura).

### *Résultats*

On a fait la comparaison, question à question, des réponses données avant et après reçu les enseignements:

1. Entre les deux Facultés (Groupe d'Alcalá de Henares et Groupe de Badajoz)
2. Entre les groupes des hommes et des femmes

Plusieurs questions ont des résultats statistiquement significatifs

### *Conclusion*

Les étudiants ont appris, après avoir reçu la formation prévue, de nombreux concepts très utiles au niveau théorique et pratique sur la conduite médicale d'accord à l'Éthique et la Déontologie professionnelle.

Cette formation est très importante et elle doit continuer en s'amplifiant d'autres sujets compris dans l'affichage avec plus d'approfondissement.

1. Entre les deux Facultés (Groupe d'Alcalá de Henares et Groupe de Badajoz)
2. Entre les groupes des hommes et des femmes

*Titre :* " **Training in Forensic medicine in Romania** "

*Auteurs :* I. FULGA, D. PERJU-DUMBRAVA, C.L. CHITESCU, I.C. NECULA, M. MORARU, V. ARDELEANU

*Affiliations:* Dunarea de Jos University of Galati, Medical and Pharmaceutical University of Cluj-Napoca

*Email:* [fulgaiuliu@yahoo.com](mailto:fulgaiuliu@yahoo.com)

In Romania, forensic medicine is a 4-year specialty program that can be taken after completing medical school and after passing National Residency Exam. One can choose his future medical specialization depending on the grade obtained at National Residency Exam. It is separate from anatomical pathology. Upon completion of the program, a forensic medicine specialist will obtain the title "legal medicine specialist". This paper describes evolution and structure of undergraduate and postgraduate education in forensic medicine in Romania.

*Key words :* forensic medicine, antegrade, postgraduate training

*Titre :* « **Moyens d'application des droits de l'individu dans les cas médico-légaux où les organes sont prélevés** »

*Auteurs et affiliation :* A. ENACHE, Université de Médecine et Pharmacie Victor Babeş Timisoara, Roumanie

R. ZAVOI, Université de Médecine Craiova, Roumanie  
V. CIOCAN, Université de Médecine et Pharmacie Victor Babeş  
Timisoara, Roumanie  
C. OANA MURESAN, Université de Médecine et Pharmacie  
Victor Babeş Timisoara, Roumanie  
F. CHATZINIKOLAOU, Aristotle Université, Faculté de Médecine,  
Département de médecine légale et toxicologie, Thessaloniki, Grèce

*Email :* [esanda2000@yahoo.com](mailto:esanda2000@yahoo.com)

### *Introduction*

Actuellement, la Roumanie a mis à jour la législation sur les tissus et la transplantation d'organes similaire à la législation européenne, mais ne peut pas répondre à la demande des listes d'attente. La Roumanie a transposé en droit interne les dispositions de la directive 2004/23/CE du 31 Mars 2004 sur l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don.

Le droit de disposer du corps après la mort est précisé dans la législation en vigueur, sauf dans les cas où, pour des raisons d'ordre ou de santé publique, les organes judiciaires ou le ministère public peuvent imposer une autre mesure. En ce sens-là, dans la loi spéciale sur la réforme de la santé, il est possible de prélever des organes dans les cas médico-légaux évidemment avec l'accord de don de soignants, mais seulement si le médecin légiste estime que l'autopsie médico-légale ne sera pas compromise.

### *Matériel et Méthodes*

On a analysé le cadre réglementaire dans lequel sont disposées les dispositions légales sur le droit à la vie, la santé et l'intégrité de l'individu. Ces dispositions générales sont contenues dans le nouveau Code civil, introduit par la loi 287/2009 du 1er Octobre 2011, qui a consacré les principes obligatoires de respect de l'humain et ses droits inhérents. On a observé que les dispositions concernant la transplantation d'organes et de tissus est actuellement un domaine où la loi nationale est alignée avec la législation en vigueur en Europe. Les dispositions du Code Civil sont complétées par les dispositions contenues dans les lois spéciales,

Ces lois spéciales, transposant la directive de l'UE sur les normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation humaine, contiennent des dispositions relatives à la protection de donateurs et à l'amélioration des échanges entre les États membres et les pays tiers. On présente synthétiquement les cas d'autopsies médico-légaux datant de la période 2001-2012 où des tissus et des organes destinés à la transplantation ont été prélevés.

### *Résultats:*

Le prélèvement d'organes, de tissus et / ou de cellules provenant de donateurs décédés est faite seulement après la confirmation de la mort sans activité cardiaque selon le protocole de réanimation ou après la confirmation de la mort avec activité cardiaque, selon la déclaration du protocole de la mort cérébrale. Les équipes médicales déclarant la mort cérébrale doivent avoir une composition distincte des équipes de coordination, de prélèvement et de transplantation.

L'accord de prélèvement est prise par les membres adultes de la famille dans l'ordre suivant: conjoint, parent, enfant, frère, sœur, ou son représentant légal. L'exception au consentement des membres de la famille est l'option pour le don du défunt exprimée même avant, dans la vie, par déclaration sous serment ou inscrit dans le registre national des donateurs. La seule situation d'opposition absolue au prélèvement, est l'opposition expresse enregistrée au médecin de famille ou dans le Registre national spécialement constituée à cet effet.

## Conclusion

L'analyse a montré que le prélèvement d'organes et de tissus à des fins thérapeutiques se fait uniquement dans un but humanitaire et altruiste, et l'acte est un acte de solidarité humaine. Dans tous les cas médico-légaux autopsiés, les conditions pour l'octroi du consentement éclairé du donneur ont été respectées en absence de pression sur les familles. Ce sont des cas d'étiologie traumatique, dont les lésions étaient principalement localisées au crâne, donc ne compromettent pas la réponse autopsique et n'ont pas limité les objectifs des organes judiciaires. Dans chaque cas, le moment de la déclaration de la mort est sans doute vérifiable et conforme aux critères juridiques et médicaux actuels. La responsabilité des décisions est complexe et multi-personnelle.

*Mots-clés:* loi spéciale, le don, le consentement éclairé, autopsie médico-légale

*Titre :* « **La subjectivité dans la notion de handicap, une dimension négligée** »

*Auteur :* K. LAYADI

*Affiliation :* Service de Médecine Physique CHU d'Oran Algérie

*Email :* [layadikhaled@yahoo.fr](mailto:layadikhaled@yahoo.fr)

## Introduction et objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer la subjectivité qui est un aspect important du handicap et souvent négligée, de rechercher des corrélations avec la sévérité du handicap et certains facteurs pronostiques fonctionnels au sein d'une population de cérébro-lésés.

## Méthode

Il s'agit d'une étude prospective transversale qui a concerné des patients hémipariétiques vasculaires. Pour évaluer la subjectivité, nous nous sommes inspirés du Handitest qui est un instrument de mesure du handicap en quatre dimensions (corporelle, fonctionnelle, situationnelle et subjective). Ainsi, nous avons procédé à :

- La mesure du score de chaque dimension à part, ensuite nous avons regroupé 3 dimensions (corporelle, fonctionnelle et situationnelle). Nous avons calculé le score grâce à l'équation suivante :  $(\text{Score 1} + \text{Score 2} + \text{Score 3}) \times 20$

Le nombre d'Items est de 92, et le nombre d'items non concerné a été déduit du total des items.

- La subjectivité a été évaluée à part.

Le degré d'autonomie des patients a été évalué à travers l'index de Barthel, la dépression a été diagnostiquée sur la base des critères de la DSM VI.

## Résultats

Il s'agit de 202 patients hémipariétiques vasculaires dont l'âge moyen est de 59 +/- 9 ans. Le retentissement subjectif est plus important chez les femmes ( $p < 0.05$ ) et chez les sujets plus âgés ( $p < 0.001$ ). Le vécu des patients a tendance à s'améliorer avec le temps ( $p < 0.001$ ) et le rôle positif des délais précoces d'accès aux soins de rééducation a été retrouvé ( $p < 0.05$ ). Les sujets qui présentaient un trouble du langage vivaient mal la situation de handicap ( $p < 0.05$ ), de même que ceux qui dépendaient d'aides techniques et ou de tierce personnes dans les activités de vie

quotidienne ( $p < 0.0001$ ). Le score de la subjectivité était sévère chez les patients qui présentaient une dépression ou un dysfonctionnement au niveau de la sexualité.

### *Discussion*

Nous constatons, à travers cette étude, l'existence de corrélations entre l'importance du retentissement subjectif et la sévérité du handicap, ce qui confirme notre hypothèse de travail qui considère que la subjectivité constitue une partie intégrante du handicap. Par ailleurs, il est utile d'observer un phénomène fort intéressant qui est celui de voir que certains patients, malgré le fait qu'ils soient porteurs de handicap sévère, n'avaient pas de retentissement subjectif grave, ce qui pourrait s'expliquer, entre autres, par le fait (et c'est ce qui ressort de l'interrogatoire) que leur situation actuelle était le résultat du destin, et, autant que croyants, ils se doivent de patienter tout en se traitant. D'autres sujets, qui n'étaient pas très limités dans leur autonomie, avaient un score de subjectivité assez sévère. L'amélioration de la subjectivité dans le temps pourrait être due à la notion du deuil qui est naturellement liée au temps et se manifeste selon un certain rite de passage et auquel, souvent les proches participent. Les troubles du langage constituent un handicap relationnel majeur, vécu plus douloureusement que le déficit moteur. La dépression est d'autant plus sévère que le vécu des patients était médiocre, ceci pourrait s'expliquer par le fait que nombreux items évalués dans la dépression sont retrouvés dans l'étude de la subjectivité.

### *Conclusion*

La subjectivité est un concept qui doit être pris en compte dans toute tentative d'évaluation de la situation de handicap. C'est un véritable indicateur de la qualité de vie des sujets dont l'autonomie est limitée.

- Il faut abandonner l'idée préconçue de la déficience comme seule caractéristique de la personne ... pour en venir à la nécessité d'éliminer les barrières, de réviser les normes sociales, politiques et culturelles, ainsi qu'à la promotion d'un environnement accessible et accueillant.

(Déclaration de Madrid, mai 2002)

- « Abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées sous l'étiquette de leur dépendance et de leur inaptitude au travail ... pour en venir à mettre l'accent sur leurs aptitudes et sur des politiques actives d'accompagnement.

(Déclaration de Madrid, mai 2002)

*Titre :*                    **« Respect de la tradition et de la famille dans l'accompagnement du vieillissement des personnes originaires du Maghreb »**

*Auteurs :*                J. DUCHIER, J.P. RWABIHAMA, F. ABDALLAH, J. MANTOVANI, A.M. DUGUET

*Affiliation :*            UMR Inserm 1027/UPS – Toulouse

*Email :*                    [aduguet@clubinternet.fr](mailto:aduguet@clubinternet.fr)

Aujourd'hui en France 229 000 immigrés âgés de plus de 65 ans sont originaires d'un pays du Maghreb. « Enracinés » souvent depuis plus de 30 ans avec leurs familles, vieillissent prématurément, « invisibles », ils sont sous-représentés dans les structures d'hébergement

L'altération des fonctions cognitives, un syndrome démentiel isolent le patient et compromettent une prise en charge adaptée au début de la maladie. On observe fréquemment chez les familles concernées un déni de la maladie par crainte de la stigmatisation.

Des entretiens ont été menés au cours d'une étude anthropologique avec des patients, des aidants familiaux et des professionnels originaires du Maghreb dans des services gériatriques à Draveil et à Toulouse (Etude MATC : Incidence des facteurs socioculturels sur les besoins et la prise en charge des migrants âgés originaires d'Afrique du Nord atteints de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) soutenue par la Fondation Méderic Alzheimer). Notre travail présente des éléments spécifiques au vieillissement des maghrébins qui corroborent certaines données de la littérature.

Ces familles sont réticentes à faire appel à une aide extérieure, qui serait vécue comme un abandon de leur parent et une intrusion dans la sphère familiale. Elles répugnent à son entrée dans un milieu que le malade redoute et reportent le plus longtemps possible l'institutionnalisation qui jouit d'une image négative chez les immigrés âgés du Maghreb (risques de maltraitance et images des asiles de vieillards au Maghreb). Dans la majorité des cas, une fille assume le rôle d'aidante. Parfois il existe un réseau d'aide, plusieurs filles se relayant au domicile du malade respectant ainsi la tradition d'entraide du pays d'origine. Cette tradition au Maghreb préconise qu'on assure les soins de son parent jusqu'à la fin de sa vie. Pourtant quand une aide à domicile et des soins infirmiers (via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie) sont acceptés, cette aide représentera un réel soulagement du fardeau de l'aidant et rassurera la famille permettant ainsi le maintien à domicile le plus longtemps possible. L'institutionnalisation n'est donc envisagée qu'en dernier recours lorsque les troubles du comportement deviennent incontrôlables ou en l'absence d'aidant naturel pour des personnes isolées ou bien encore en cas de ruptures familiales conflictuelles.

Souvent pour ces raisons, les retards au diagnostic sont importants, la plupart de ces patients entrent à l'hôpital à un stade avancé de dégradation cognitive par le biais des urgences à l'occasion d'une décompensation organique, une chute ou une fièvre. Le retour au domicile est compromis par l'état d'avancement de la pathologie démentielle. Si la fin de vie pose des questions éthiques, la maladie d'Alzheimer vient amplifier ce questionnement par ses caractéristiques propres : les difficultés de communication avec la personne malade, l'opposition aux soins et aux traitements... Certaines de ces familles considèrent les institutions d'hébergement médico-sociales (ULSD, EHPAD) comme incompatibles voire hostiles à leur conception pour accueillir et accompagner leurs aînés pour leurs derniers jours. Ils craignent que leurs anciens ne soient privés de vivre leurs derniers jours en musulman pratiquant (pièce de prière, lien avec l'imam local, fond de musique coranique,... qui pourraient les apaiser). Si l'environnement de vie de ces institutions devenait propice à ces considérations culturelles ce frein à l'accès aux soins pourrait être diminué.

Cette adaptation s'avère éthiquement indispensable pour faire bénéficier les migrants âgés et leurs familles d'un accompagnement respectueux de leurs codes culturels.

**Titre :** « *Droit comparé en matière de protection des personnes âgées* »

**Auteurs :** W. THALJAWI, M. JEDIDI, M.K. SOUGUIR, M. BEN DHIAB

**Affiliation :** Service de médecine légale- CHU Farhat Hached de Sousse

**Email :** [thaljawiwathek@yahoo.fr](mailto:thaljawiwathek@yahoo.fr)

### **Introduction :**

La pyramide démographique tunisienne s'apprête à adopter une forme à l'europpéenne avec une base étendue et un sommet large. Ceci suscite une attention particulière quant aux personnes âgées et à leurs droits.

### **Objectif :**

Exposer les dispositions réglementaires tunisiennes relatives à la protection de la personne âgée et les comparer aux dispositions françaises et canadiennes.

### **Résultats et discussion:**

L'objectif du législateur tunisien, par la loi n°94-114 du 31 octobre 1994 relative à la protection des âgées puis le décret n°96-1016 du 27 mai 1996, est de préserver l'état de santé, garantir la dignité de la personne vieillissante, lutter contre toute les formes de discrimination et d'exclusion familiale et sociale et d'assurer l'intégration des personnes âgées. La charte du patient, établie en 2009, a renforcé ces mesures en donnant la priorité à la prise en charge pour les personnes âgées compte-tenu de leur spécificité.

Mais dans le droit pénal, les dispositions ne tiennent pas compte de la vulnérabilité des personnes âgées et de leur mauvais traitement.

« La vulnérabilité due à l'âge » a été prévue par les nouvelles dispositions réglementaires françaises et canadiennes. En effet, le texte modifiant le code criminel canadien (14-12-2012) a considéré la vulnérabilité due à l'âge comme une circonstance aggravante lors de la détermination de la peine. De la même façon, les lois françaises ont intégré la notion de la personne vulnérable dans la qualification des faits en faisant de l'âge une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction. Cette vulnérabilité des victimes peut être constitutive de délits spécifiques, c'est le cas du délaissement (art. 223-3 et 223-4 du Code pénal français ), de conditions d'hébergement contraires à la dignité humaine (art. 225-14 et 225-15 du Code pénal français ), de l'abus d'ignorance ou de faiblesse (art. 313-4 du Code pénal français ) ou encore de la non-révélation de privations ou de sévices (art. 434-3 du Code pénal français ).

### **Conclusion :**

La protection des personnes âgées en Tunisie doit être suivie de dispositions prévoyant la notion de vulnérabilité et de mauvais traitement, garantissant à cette tranche d'âge la dignité et la sécurité.

**Mots clés :** droit, personnes âgées, vulnérabilité due à l'âge

**Titre :** « *Medical and hospital liability* »

**Auteurs :** M. H. GHADIANI (Iran)

*Background and Aim:*

Physician, patient and judge form a triangle. Despite of advances in diagnostic and therapeutic fields of medicine, dissatisfaction of the patients from physicians is increasing. This subject has a significant role in health and medical care systems worldwide.

*Materials and methods:*

In a retrospective descriptive-analytic study, we evaluated the records of medical malpractice in the field of anesthesiology during 2008 to 2011, in medical council of Islamic Republic of Iran.

*Results:*

During this period, among 710 cases of medical malpractice, 29 (4.1%) of them have been related to this field. 55.2% of the cases were male. There were faults in 58.5% of the cases. Of the total number of the cases, 24.1% of them have been related to private centers and 75.9% related to governmental centers. 75.8% of the malpractice cases resulted in the death of the patient, and the rest resulted in physical injury.

*Conclusion:*

Nowadays, legal relation between physician and patient would be added to previous relations. Based on this point, a doctor must utilize all his ability and scientific skills to care and support his patient, according to legal frame. More consideration and attention should be performed about the management of ethical relation between doctors and patients.

*Keywords:* Anesthesiology, Medical malpractice, Patient, Physician



*Titre :* « **Femicide in Italy: social problems and the current Criminal Law.** »

*Auteurs :* V. MARINO (1), A. FEOLA (2), A. MASULLO (2), L.T. MARSELLA (3)

*Affiliations :* (1) Section of Legal Medicine, University of Rome “Tor Vergata”, Rome, Italy.  
(2) Department of Experimental Medicine, Second University of Naples, Naples, Italy.  
(3) Legal Medicine and Social Security Services, Department of Biomedicine and Prevention, University of Rome “Tor Vergata”, Rome, Italy

*Email :* [valeria.marino@live.it](mailto:valeria.marino@live.it)

### *Introduction*

Femicide is defined as the killing of women due to their gender. Femicide is a broader criminology category, which includes every kind of violence on women, systematically exerted in behalf of a patriarchal system. It is a violation of human rights, both in public and private sphere, in which violence is the result of misogynist practices.

Every day in Italy hundreds of women are exposed to gender-based violence; the average of last decade is 170 feminicides for year.

The Italian Government has reacted to this escalation of violence introducing new laws aiming to tighten up punishments for the convicted of these crimes. Besides this, preventive measures to safeguard women and victims of domestic violence have been introduced as well.

### *Materials and Method*

The aim of this study is to analyze Italian legislation on gender-based violence. It focuses on the rules introduced with the Legislative Decree n. 93 14.08.2013, passed into law n. 119 15.10.2013 which contains urgent dispositions about public security and fight against gender-based violence. Its aim is to prevent feminicides and to protect the potential victims.

### *Results*

In the International Human Rights Law, women’s rights are granted by several UN conventions and Regional Agreements, nevertheless international statistic indicate that gender-based violence is still present. Domestic violence still affects millions of women all over Europe.

Clinical researches and official investigations aiming to evaluate the phenomenon of femicide have influenced national political debates and legislation reforms in some States.

Italy, even before the recent Legislative Decree on femicide (d.l.14.08.2013 n. 93), has ratified the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul 2011) with the law 27.06.2013 n. 77.

A new legislation, based on the recommendations coming from the Convention above, has empowered the legal tools for the repression of domestic violence and stalking. These crimes are now being considered as a sign of danger, expressing a high potential of degenerating into femicide.

### *Conclusion*

In last years an increasing awareness from society and Public Institutions about the true nature of crimes on women made it possible to collect statistics and to organize socio-criminological investigations. Nevertheless, it is still essential to stimulate an even broader awareness from national and supranational institutions, such as UE, and to spread more incisive on the phenomenon among citizens.

*Keywords:* violence, women, dignity, femicide, femicide

*Titre :* « **La Déontologie Psychiatrique en Droit Tunisien.** »

*Auteurs :* Z. KHEMAKHEM 1, H. GHORBEL 2, J. MASMOUDI 3, Z. HAMMAMI 1, S. MAATOUG 1

*Affiliation :* 1- Service de Médecine Légale, CHU Habib BOURGUIBA de Sfax,  
2- Médecin Inspecteur Régional du District de SFAX  
3- Professeur (PHU) en Psychiatrie, CHU Hédi CHAKER de Sfax

*Email :* [zkhemakhem@voila.fr](mailto:zkhemakhem@voila.fr)

La déontologie psychiatrique en Tunisie est un champ très vaste de déontologie pure que de doctrine. Elle ouvre la porte à beaucoup de réflexions, de dilemmes, voire de véritables problèmes médicoolégaux.

L'objectif de ce travail est de :

- Connaître les principaux axes déontologiques édictés par le Code de Déontologie Médicale Tunisien (CDM), ayant notamment trait à la psychiatrie légale ;
- Savoir les failles ou les silences non stipulés dans notre CDM ;
- Revoir le droit tunisien actuellement en vigueur et le droit comparé ;
- Proposer des recommandations en la matière.

Pour réaliser ce travail, nous avons procédé à la relecture, l'étude et l'analyse tant du Code de Déontologie Médicale Tunisien, du Code de Procédures Pénales Tunisien, que de la loi de la santé mentale en Tunisie parue en 1992 et révisée en 2004.

L'analyse du droit comparé, permettrait de tirer quelques recommandations utiles, afin de combler les quelques insuffisances déontologiques et médicoolégaux, pouvant être encore préjudiciables au malade mental ou au juste consultant dans un cabinet de psychologue, de psychiatre ou de psychanalyste en Tunisie.

*Mots clés :* Déontologie, Médecine Légale, Psychiatrie, Loi, Droit

**Titre :** *« La santé derrière les murs ». Quelques remarques sur l'Avis du Comité National de Bioéthique italien sur la protection de la santé en milieu carcéral. »*

**Auteur :** P. GIROLAMI

**Affiliation :** Università "G.D'Annunzio" Chieti

**Email :** [paolo.girolami@unito.it](mailto:paolo.girolami@unito.it)

Le 11 octobre 2013 le Comité national de bioéthique (CNB) a publié l'avis « La salute dentro le mura » (La santé derrière les murs).

Dans son avis, le CNB, compte tenu de la condamnation infligée à l'Italie par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en raison de la surpopulation carcérale (v. affaire Torregiani et autre c. Italie, Strasbourg, le 8 janvier 2013), souligne l'importance d'assurer à toute personne détenue des conditions de vie compatibles avec le respect des droits de l'homme. Ainsi, même une véritable politique de protection de la santé en milieu carcéral s'impose. A cet égard, selon le CNB, les mesures à adopter sont nombreuses et hétérogènes et impliquent un engagement particulier de la part des professionnels de santé. Il ne s'agit pas seulement d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes détenues (pour la plus part malades et fragilisées par la privation de la liberté), mais d'éliminer toute différence entre l'organisation du système de santé en prison et en milieu libre, compte tenu que la protection de la santé en milieu pénitentiaire relève depuis longtemps du Service Sanitaire National (SSN), donc de la Santé Publique. Par exemple, reconnaître au détenu le droit de choisir son propre médecin soignant comme tout citoyen libre.

L'auteur, après un compte rendu des points cardinaux de ce document et sa comparaison avec l'Avis n. 94 du CCNE « La santé et la médecine en prison », s'interroge sur les non-dits du CNB et en particulier sur les questions éthiques fondamentales, qui tournent autour du sens de l'institution carcérale (et de la possibilité de l'humaniser), et aussi du rôle des professionnels de santé, qui sont obligés de collaborer, plus ou moins directement, à l'action punitive et disciplinaire de la prison tout en essayant de garder leur identité humanitaire.

**Titre :** *« Évaluation du risque de récurrence : de la nécessité d'une evidence-based expertise »*

**Auteurs :** M. ABONDO 1,2, R. BOUVET<sup>1,3</sup>, R. PALARIC 1,2, H. SPRIET 1,2, M. LE GUEUT 1,3

**Affiliations :** 1 Centre hospitalier universitaire, service de médecine légale,  
2 Centre hospitalier universitaire, centre de ressources régional sur les auteurs de violences sexuelles  
3 Université de Rennes 1, faculté de médecine

*Email :* [marlene.abondo@chu-rennes.fr](mailto:marlene.abondo@chu-rennes.fr)

La prévention de la récidive est une préoccupation croissante du législateur qui s'est traduite par une production législative intense depuis une quinzaine d'années. L'évaluation du risque de récidive, qui en constitue le corollaire, est confiée aux experts mais intéresse également les professionnels de santé mentale traitants et les médecins coordonnateurs désignés dans le cadre de l'injonction de soins. Cette approche probabiliste des comportements humains a longtemps été fondée sur le jugement clinique ; elle l'est encore largement en France. La littérature scientifique a cependant montré les limites du jugement clinique, et des méthodes nouvelles ont été développées, fondées sur le jugement structuré ou sur des approches actuarielles. Ces outils doivent être envisagés comme des compléments utiles et non comme des alternatives au jugement clinique, permettant in fine l'évaluation d'un niveau de risque basé sur les données acquises de la science. L'utilisation de ces outils en pratique expertale doit être appréciée à l'aune des obligations d'indépendance et de compétence des experts. Un modèle expertal performant doit ambitionner, dans le cadre procédural français, l'adaptation et la diffusion de ces outils, une réflexion sur le partage d'information, et une approche pluridisciplinaire et longitudinale du risque.

*Mots-clés :* récidive, dangerosité, expertise

*Titre :* **« Vulnérabilité des personnes et abus de faiblesse »**

*Auteurs :* J.P. JOUGLA, S. JOUGLA

Le Sénat français a consacré en 2013 une commission d'enquête sur les dérives sectaires dans le domaine de la santé et a brossé à cette occasion un panorama de ce qu'il qualifie d'« élimination du savoir au profit du croire ». Contre la médecine, qui pour le rapporteur de la commission est seule innovante et véritablement scientifique, le développement d'internet fait la part belle aux médecines dites douces qui constituent en réalité ce que le droit qualifie de « pratiques non conventionnelles ». La liberté thérapeutique ne saurait être invoquée quand ces pratiques vont à rebours de l'intérêt des personnes.

L'éthique médicale cède le pas à des pratiques qui se drapent derrière les revendications de néo-tradipraticiens. Le droit français tente de protéger les victimes de l'emprise d'un tiers par le biais de la loi de 2001 qui réprime l'abus de l'état de faiblesse des personnes mises en état de sujétion (ce qui concerne les victimes de l'emprise de nature sectaire).

L'engouement pour les pratiques thérapeutiques illusoire, au-delà de l'aspect commercial, folklorique ou charlatanesque, trahit une « dé-laïcisation » du soin et une remise en question des paradigmes de la modernité médicale ainsi que des principes d'éthique. Un pseudo savoir à prétention thérapeutique vient donner une forme de légitimité aux gourous de tout horizon fondant en grande partie la perte d'autonomie des adeptes de groupes de nature sectaire ce qui se traduit en réalité par une atteinte à la dignité de la personne.

*Titre :* « **Troubles psychiatriques en rapport avec les événements de la révolution Tunisienne : A propos de 107 cas pris en charge aux consultations externes de l'hôpital Razi** »

*Auteurs :* S. OUANES, A. BOUASKER, A. BANASR, R. GHACHEM

*Affiliation :* Hôpital Razi Tunisie

*Problématique :*

Au cours de la révolution tunisienne, la menace permanente de mort, le sentiment d'insécurité et le climat d'incertitude ont provoqué des réactions psychologiques tantôt adaptées, tantôt dépassées mais à l'origine d'authentiques affections psychiatriques.

*But du travail :*

Déterminer les différents troubles psychiatriques en rapport avec la révolution tunisienne et établir le profil sociodémographique et clinique des patients présentant ces troubles.

*Méthodes :*

Enquête transversale auprès des patients ayant consulté pour la première fois au service des consultations externes de l'hôpital Razi entre le 15 janvier et le 15 octobre 2011 pour une symptomatologie en rapport avec les événements de la révolution. Le recueil des données s'est fait moyennant une fiche comportant : données sociodémographiques, antécédents familiaux et personnels, scènes traumatisantes, diagnostic, prise en charge, suivi et évolution. Les diagnostics ont été posés selon les critères du DSM-IV-TR.

*Résultats :*

Parmi les 2 148 patients ayant consulté pour la première fois entre le 15 janvier et le 15 octobre 2011, 107 patients (soit 4,98%) ont consulté pour des troubles qu'ils imputaient aux événements de la révolution. Ces troubles étaient dominés par le trouble dépressif majeur (TDM) chez 30,8%, les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et/ou anxiété chez 30,8%, l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez 27,1% et l'état de stress aigu (ESA) chez 7,5% de la population.

Diverses autres affections psychiatriques ont été diagnostiquées parmi la population étudiée, dont notamment : le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif, l'anxiété généralisée, le trouble bipolaire, le trouble schizophréniforme, le trouble de conversion, la dépendance à l'alcool et le syndrome subjectif des traumatisés du crâne.

Parmi les sujets étudiés, il y avait 73,8% d'hommes et 26,2% de femmes. L'âge moyen était de 40 ans +/- 11,7. Plus de la moitié avait un niveau d'enseignement secondaire (57,9%). Les catégories professionnelles les plus représentées étaient les agents de l'ordre (36,4%) et les sujets sans profession (15,9%). Les motifs de consultation étaient dominés par l'anxiété (41,1%), le syndrome dépressif (29,9%), les troubles du sommeil (26,2%) et les troubles du comportement (17,8%).

Les scènes traumatisantes étaient dominées par les situations suivantes : avoir été agressé sur les lieux de travail (14%), avoir été témoin d'un décès (14%) et avoir été agressé par des manifestants ou par des délinquants (11,2%).

Le délai moyen entre l'évènement traumatisant et la consultation était de 88 jours.

Chez 18,7% des patients, un trouble de la personnalité a été noté, notamment une personnalité histrionique (7,5%), antisociale (5,6%), ou obsessionnelle et compulsive (4,7%).

Nous avons analysé la prise en charge des troubles post-traumatiques. Le traitement des ESPT se limitait dans la majorité des cas à une pharmacothérapie associant un antidépresseur (en particulier la paroxétine dans 55,2% des cas) et un anxiolytique/sédatif (une benzodiazépine dans 72,4% des cas). Le traitement des ESA reposait sur une benzodiazépine éventuellement associée à un antidépresseur. Le traitement des troubles dépressifs majeurs a été dans la plupart des cas purement chimiothérapique associant un antidépresseur, notamment la fluoxétine (27,3%) ou la paroxétine (27,3%) à un anxiolytique très souvent benzodiazépinique (81,8%).

Un arrêt de travail a été prescrit à 35,5% des consultants avec une période initiale moyenne de 18 jours. Un certificat d'exemption du port de l'uniforme et des armes a été donné à quatre agents de l'ordre.

Nous avons étudié l'évolution des divers troubles psychiatriques post-traumatiques : la majorité des cas (cinq sujets parmi huit) d'ESA ont évolué vers un ESPT. L'évolution était favorable chez 38,2% des cas d'ESPT, défavorable chez 44,1%. Les deux seuls facteurs associés de façon statistiquement significative à une évolution favorable étaient le tabagisme et l'absence de prescription de benzodiazépines. L'évolution des cas de TDM était favorable chez 45,5% des sujets et défavorable chez 33,3%. Le seul facteur associé significativement à une évolution défavorable était la catégorie professionnelle « agents de l'ordre ».

La décision initiale d'indemniser les blessés physiques de la révolution de façon forfaitaire a été purement politique. Cette démarche n'a pas pris en compte une évaluation médico-légale et psychiatrique de ces victimes avec une authentification des séquelles et une étude de l'imputabilité médicale des troubles rapportés aux traumatismes supposés et enfin une quantification barémisée des séquelles répertoriés. A notre avis, cette dernière approche aurait été certainement plus appropriée pour une évaluation exhaustive et une réparation plus équitable.

### *Conclusion :*

Si les blessures physiques des victimes de la révolution ont pu, pour la plupart, cicatriser avec ou sans séquelles, les blessures psychiques, elles, n'ont pas pu cicatriser. Ceci est dû à deux phénomènes : l'absence de recul suffisant, et la limitation de la prise en charge des blessés psychiques au volet médicamenteux, sans tenir compte des dimensions victimologiques et sociales avec ce que cela implique comme reconnaissance du préjudice, poursuite des coupables et réparation intégrale du dommage subi.

*Titre :*            **« L'intervention psychologique d'urgence »**

*Auteurs :*        J.M. COQ

Les interventions psychologiques d'urgence en situation de catastrophes et de désastres sanitaires, bien qu'étant une pratique récente, sont maintenant de plus en plus appréhendées comme indispensables. Les troubles psycho-traumatiques auxquels sont confrontés les victimes de ces situations d'exception, sont actuellement prises en compte dans l'immédiateté de celles-ci et font l'objet d'une prise en charge médico-psychologique spécialisée.

Ces interventions, si elles prennent en compte la dimension psychique de l'individu aux prises avec l'horreur et la mort, et non plus uniquement les atteintes physiques, répondent aussi à une forte demande sociale. Les victimes d'événements à forte potentialité traumatogène doivent-elles être systématiquement prises en charge ou au contraire les indications de ces interventions doivent-elles être ciblées et restreintes aux personnes les plus exposées ? Ces interventions psychologiques d'urgence visent à limiter la désorganisation psychologique des victimes et établir un lien avec ces dernières. Elles impliquent une suite et un objectif d'efficacité immédiate sur la souffrance psychique des victimes, ne saurait être systématiquement recherché, leurs faisant alors courir le risque de circonscrire voire d'abolir l'expression de leur souffrance psychique ?

Lors de ces interventions d'urgence, les personnes confrontées aux catastrophes, acquièrent un statut de victime, qu'elles seront amenées à assumer, pour certaines le niant, pour d'autres s'enfermant rapidement dans celui-ci. Les intervenants dans les deux cas, peuvent envisager leurs prises en charge dans un processus dynamique permettant aux sujets de reprendre sous quelles formes que cela soit, une position active par rapport à cet événement.

*Titre :*            **« Apport de la Thérapie Narrative par Exposition (Narrative Exposure Therapy) dans la documentation des séquelles de la torture »**

*Auteurs :*        A. BOUASKER\*, S. OUANNES\*, O. MOULA\*, R. GHACHEM\*, A. BANASR\*\*

*Affiliations :*    \* Service des urgences et des consultations externes de psychiatrie. Hôpital Razi. Tunisie

                      \*\* Service de Psychiatrie Légale Hôpital Charles Nicolle. Tunisie

*Email :*            *anissabouasker@yahoo.fr*

Malgré l'absence de chiffres officiels, nous savons aujourd'hui que la torture était une pratique courante en Tunisie, et concernait autant les opposants politiques au pouvoir que les détenus de droit commun.

Après la chute de la dictature le 14 janvier 2011, plusieurs victimes ont commencé à en parler aussi bien lors de consultations de psychiatrie qu'au cours de débats publics, tandis que d'autres se sont organisées pour entamer des procédures judiciaires.

La torture est une expérience extrême dont le but final est la destruction de la personne humaine, et laisse derrière elle un large éventail de souffrances physiques, psychologiques et sociales.

La plupart des cliniciens et chercheurs admettent qu'elle a, de par sa nature même, le pouvoir d'entraîner des conséquences mentales et émotionnelles, indépendamment de la condition psychique antérieure de la victime.

Les séquelles psychologiques peuvent être invalidantes : insomnies, cauchemars, dépression, troubles anxieux, dont le plus fréquent est l'état de stress post-traumatique. Les conséquences de ce dernier se traduisent directement par des difficultés à fournir des allégations cohérentes et à affronter le stress d'un témoignage en salle d'audience ou lors d'une confrontation avec les bourreaux.

La NET ou Narrative Exposure Therapy est une thérapie brève qui vise à réduire les symptômes de stress post-traumatique chez les victimes de violences organisées (torture, guerres, viol etc..). Elle vise à encourager les patients traumatisés à raconter chronologiquement l'histoire de leurs vies dans le détail à un psychothérapeute. Ce dernier va enregistrer l'histoire de la victime, la relire et assister la victime dans la tâche d'intégration des mémoires traumatiques fragmentées dans un récit autobiographique cohérent. La description détaillée des expériences personnelles facilite le rappel des souvenirs visuels et donc l'exposition aux souvenirs traumatiques. Ce processus permet le traitement des souvenirs douloureux et l'élaboration d'une distinction claire entre une situation de danger et un environnement sécurisé menant la plupart du temps à une diminution des symptômes.

En même temps que la NET traite des survivants de la torture à travers les processus narratifs, elle documente les violations des droits de l'homme. Si le rescapé l'accepte, le témoignage issu de la thérapie peut être directement utilisé dans le cadre de poursuites judiciaires pour violations de droits de l'homme ou dans le but d'une conscientisation de la société visant à combattre l'oubli ou le déni.

Ainsi, d'un outil psychothérapeutique précieux qui a prouvé son efficacité, la NET devient une aide intéressante à la documentation aussi bien des séquelles physiques que psychologiques de la torture.

Nous nous proposons dans ce travail de relater notre expérience tunisienne débutante dans la NET, ainsi que l'apport de cette technique dans la documentation de la torture. Nous illustrons, à travers une vignette clinique, la collaboration entre le médecin légiste, en situation d'expertise, et le psychothérapeute. Ce dernier contribue, via la NET, à faciliter aussi bien le recueil d'allégations exploitables que le renforcement des capacités des victimes à affronter l'épreuve des témoignages des actes de la torture avec une certaine maîtrise des débordements émotionnels susceptibles de gêner le travail de la justice.

*Mots clés* : Torture, documentation, thérapie narrative par exposition

*Titre :* « De l'irréductibilité du corps à sa seule dimension somatique »

*Auteurs :* K. BASLY

*Affiliations :* Faculté de médecine de Sousse Tunisie

Notre approche relève du philosophique. Elle ne s'oppose pas au mode de pensée médico-scientifique mais aux formes de dérives scientistes auxquelles cède parfois la science médicale lorsqu'ingénument, elle réduit le corps à sa seule dimension somatique qui renvoie à la naturalité, occultant ainsi la réalité corrélative, interactive de la structure psychosomatique du corps. Il importe de préciser que l'ordre du « psychique » n'est pas à définir d'un point de vue réducteur et restrictif mais comme l'expression d'un espace qui nécessairement suppose, engage et implique le physiologique, le psychologique, le social voire le métaphysique. Une multi-dimensionnalité qui fonde toute approche anthropologique soucieuse de saisir dans sa vérité l'être complexe que nous sommes chacun de nous. La recherche et la pratique médicale qui ont pour objet le corps semblent de nos jours convenir que le type d'approche classique orienté vers le corps perçu dans sa seule phénoménalité et naturalité apparentes est à repenser. Toute thérapie médicale que ne fonde que l'ordre du somatique et qui se cantonne à l'observable, à l'explicatif, au mesurable, au causal, à l'opérateur, au prédictif et aux techniques objectivistes, scientistes, positivistes et mécanicistes, occulte une dimension chargée de significations profondes qui est d'un tout autre ordre : l'ordre complexe du psychique qui exige, au-delà de l'explication propre au mode de connaître scientifique mais sans en nier la nécessité, la compréhension.\*

Le corps humain est chargé de significances, significances qu'une pratique médicale ne peut révéler si elle se limite à une conception strictement somatique du corps. L'ordre du significatif ne relève ni de l'illusoire ni de l'abstrus, encore moins de l'allégorique ou du mythique, il est à sa manière réel et consistant, mais sa réalité consistante révèle d'autres fondements irréductibles au corps tel qu'il nous est objectivement donné, autres que ceux, anatomiques, que fait apparaître l'investigation scientifique et appelle à penser le corps non point syncrétiquement mais synthétiquement. La possibilité de vérité de cette approche de plus en plus manifeste dans les sciences humaines, rejette toute possible rupture entre deux ordres fondateurs de la réalité complexe du corps : le somatique et le psychique.

Cette approche s'inscrit dans une optique pluridisciplinaire. Elle engage le regard philosophique et se veut fondée sur une logique de pluri-factorialité et demeure orientée vers un traitement hétérogène du corps qui reste à expliciter.

Il ne s'agit pas pour autant de substituer aux données et démarches objectives de la science médicale une réflexion que ne fonderaient que d'illusoires impressions subjectives, mais de révéler un autre mode d'investigation et de questionnement et d'en évaluer la pertinence, la consistance,

la possibilité de vérité et la capacité d'aider à mieux cerner la vérité du corps, en diminuant ainsi, significativement et progressivement les risques de voir de plus en plus fragilisés les mécanismes biopsychiques du corps, lesquels risques sont susceptibles de générer des pathologies organiques non point uniquement pour des raisons qui relèvent de facteurs inhérents à la structure physiologique du corps, mais de facteurs insoupçonnés liés au psychique.

L'approche que nous nous proposons d'entreprendre traitera succinctement à titre d'exemple, du corps et de ses fantasmes tel que pensés en psychanalyse, approche qui appelle à penser le corps différemment et autrement que ne le fait le mode d'investigation clinique, médicale mais sans jamais rompre avec celui-ci. L'éclosion de la psychanalyse n'a-t-elle pas du reste eu pour fondement originel premier la pratique médicale ?

\*Nous aurons, dans les limites du temps qui nous est imparti, à expliciter à partir d'une approche comparative et critique, les nuances conceptuelles de sens que nous entendons introduire entre l'attitude qui se limite à l'explicatif et celle soucieuse de comprendre en soulignant l'implication de ces deux modes de concevoir le corps.

*Titre :* « **Ce corps parle. Que (ne) dit-il (pas) ?** »

*Auteurs :* M. DE JESUS CABRAL

*Affiliations :* Université de Coimbra Project "Narrative & Medicine", Ulices, Univ. de Lisbonne

*Email :* [mariajesu@gmail.com](mailto:mariajesu@gmail.com)

Je propose de me centrer, d'un point de vue sémiotique, sur une question qui met en lien les trois termes du libellé de cette rencontre, une question qui n'est pas simple, mais riche d'implications pour la relation thérapeutique en contexte médico-légal. Il s'agit du rapport corps/langage. Ce à travers quoi la vérité se manifeste. Et le mensonge aussi.

Le corps est ce que l'on voit, ce sont les symptômes. Mais qu'en est-il de son rapport avec le langage qui le reflète et l'accomplit, qui est le constituant anthropologique par excellence?

La question du corps est particulièrement prégnante quand elle se rapporte à la médecine anatomiste. Dans ses réflexions sur l'anatomie et la dissection, Descartes affirma à plusieurs reprises ses suspicions quand s'agit de cerner « l'homme en particulier, lequel est sujet » comme il l'écrit à Mersenne, en février 1639. Or, on sait qu'aujourd'hui le médecin légiste travaille souvent, sinon prioritairement, avec le corps vivant, avec le sujet, et que sa pratique, même dans les situations les plus dramatiques et immédiates, exige un savoir-faire qui se joue dans un réseau de relations communicatives complexes.

A l'image de la littérature, l'exercice de la médecine se réalise dans la défaillance (Canguilhem) des signes. Par-delà les symptômes cliniques, le médecin doit lire un ensemble de signes – verbaux, para verbaux ou non verbaux – qui sont autant d'expressions de soi et qui demandent à être «

lues» dans leur ensemble, exigeant un « dédoublement [...] se projeter lui-même en situation de malade» (ibid.). La rencontre clinique relève du dit, mais aussi du non-dit, du transvisible et du transversal, autant de composantes du savoir et de la vérité dont les racines se trouvent dans l'expressivité du corps vivant et dans l'immédiation sensible du langage. « La voix est le négatif du corps » écrit Valère Novarina, comme l'on se référerait à la photographie, à l'imagiologie. Le silence aussi parle, c'est une dimension à interroger, tout comme les expressions corporelles et autres indices prosodiques et kinésiques complexes par le biais desquels se dévoile le patient. Bref, dans ce rapport entre le corps, le langage et l'interprétation des signes, il y a l'enjeu de tout ce qui constitue la complexité de la tâche du médecin légiste et de sa prise de décision au sein de situations éthiques sensibles.

*Titre :* « **La dimension culturelle de la violence sur corps de femme : quelle philosophie éthique ?** »

*Auteurs :* Dr CHEIKH FALL

*Affiliations :* UFR2S SAINT LOUIS

*Email :*

« L'homme est par nature un animal politique »

1. Faisant ainsi référence à Aristote nous montrons que la vie en société est non seulement une nécessité mais une finalité. L'accomplissement et la réalisation de l'homme ne peuvent pas se penser ailleurs que dans ce contexte de polis. Cette vision est confortée par K. Marx qui dit : « L'homme est au sens littéral un...., non seulement un animal sociable mais un animal qui ne peut vivre que dans la société »
2. Le renouvellement de ressources dans une perspective de se conformer aux exigences sociales et sociétales devient un impératif (commandement de la raison). L'inhibition de contact est une propriété de la cellule, elle permet aux cellules appartenant au même contexte histologique de rester ensemble ; cette propriété est perdue en cas de cancer par exemple. Faisant référence à cette inhibition de contact sur le plan biologique pour maintenir la cohésion tissulaire, la cellule refuse de s'isoler. Son isolement conduit à des explorations dans une perspective de diagnostic et de restauration de l'équilibre. La réalité à laquelle renvoie ce principe biologique (c'est-à-dire le refus de s'isoler) pourrait être mobilisée pour penser les aspects culturels des violences sur corps de femmes. Cependant cette violence suite à une chirurgie ou par injection s'accompagne de modifications et de douleur parfois : quelle grille de lecture mobilisée pour penser ces modifications et ces douleurs ? Dans une perspective de socialisation, cette violence n'est-elle pas nécessaire ?

#### 1 - Modification corporelle et idéal communautaire

Les modifications corporelles liées à cette violence font référence à un ensemble de codes de signification et constituent une jauge du degré de socialisation (l'ensemble des mécanismes permettant d'acquérir et d'intégrer les normes, valeurs... dans notre personnalité, «soi» en société). Elles participent à l'épaisseur vivante qui caractérise la singularité de la femme dans une perspective de mobilisation du flux existentiel pour connaître son environnement ou dans une

perspective d'individuation. Cette dimension renvoi au « soi » introduit par Georg GRODDEK comme une autre source de la psyché, comme le « ça » de Freud dans sa seconde topique. Ainsi l'approche sociologique renvoyant à E. DURKHEIM, P. BOURDIEU ou psychologique nous permettent d'avoir une grille d'intelligibilité de cette violence. Cependant, les modifications corporelles et les stigmates occasionnés par cette violence peuvent entraîner soit une exclusion ou bien une inclusion. L'existence d'une causalité linéaire entre stigmate physique et stigmatisation sociale entretenue par l'imaginaire individuel et collectif est réconfortée par notre pratique médicale qui tend à réduire l'homme souffrant à sa pathologie (le diabétique, le lépreux, l'hypertendu ...) entraînant une exclusion ; tandis que le stigmate faisant référence à la culture à une valeur inclusive. Ces violences objectivées par l'excision, le tatouage (labial, gingival, du menton ...), les scarifications faciales chez les bassaris, liposuccion, débridage, lifting, piercings, mutilations dentaires, violence associée au gavage chez les mauresques pour avoir des rondeurs (accumulation de tissu adipeux) etc..., les stigmates laissés sur le corps faisant référence à la culture confortent la tryptique d'Edgar MORIN comme quoi l'homme est individu, espèce et société. Le système culturel africain a un répertoire coercitif opposable à l'ensemble de ces membres. Nous pouvons mobiliser l'ordre herméneutique théorisé par HEIDERGER en se référant à « l'herméneutique de la facticité » postulant un éclaircissement des présupposés du comprendre en luttant contre toute aliénation de soi qui afflige ce « comprendre ». Cette posture réhabilite ainsi les préjugés et l'historicité comme principes de la compréhension, invalidant de ce fait l'idéal d'objectivité imposé par la science moderne comme quoi la vérité serait absolument indépendante de l'interprète. Cette dimension herméneutique est nourrie par P. RICOEUR. Ce système parvient à se pérenniser. Toute la difficulté pour appréhender ce phénomène réside dans l'ambivalence structurant de manière ontologique la femme dans une perspective hégélienne, entre norme universelle positive et norme relativiste culturelle : le conflit qui en résulte n'est pas sans rappeler sur le principe la tragédie de Sophocle avec Antigone, (par exemple : l'excision chez les femmes toucouleurs et dans beaucoup de sociétés, est synonyme de beauté et fait « sens » dans la triple dimension de Zaki LAIDI (fondement, unité, et finalité), tandis qu'au nom des droits de l'Homme, cette pratique est devenue délictuelle et passible de sanction. Malgré cela, cette pratique persiste. Cette persistance s'explique par une double perspective. La première est caractérisée par l'absence de construction de catégorie référentielle d'une part et la non régression des catégories d'analyse dans une perspective d'affinement de l'objet en démultipliant les unités d'analyse (l'excision chez les toucouleurs du Fouta par exemple), d'autre part. La construction de catégorie référentielle permet d'avoir une base de comparaison dans la mesure où le fait de poser un diagnostic procède d'une démarche « comparative ». Toute tentative thérapeutique sans construction de cette catégorie référentielle sera plus symptomatique qu'étiologique. C'est pourquoi intégrer ces deux dimensions, c'est nourrir particulièrement la phase de formulation qui est la première phase d'une politique publique en validant ainsi sa pertinence. La deuxième perspective, qui est la conséquence d'une politique publique, ma pensée témoigne de la complexité de l'être humain qui trouve les ressources pour échapper aux mailles et filtres créés dans une perspective de régulation. Cette complexité de l'être humain est d'avantage validée par les corpus de savoirs associés aux différentes disciplines pour l'investir en tant qu'objet. L'interdisciplinarité paradigmatique, dont l'anthropologie du corps fait l'objet, rend compte des savoirs dispersés dans ces différentes disciplines pour penser ce corps objet. Cette démarche, quoi qu'extraordinaire, ne parvient pas à reconstituer l'être humain et pose un problème épistémologique. En tant que frontière du vivant, le corps est le socle et le support du produit de l'interaction entre le biologique et le culturel « le corps est bio culturel et non seulement culturel, car ses éléments, ses structures et ses matériaux sont le produit du développement épi génétique dans lequel la culture s'incorpore en spécialisant les réseaux et les habitus ». L'habitus est un concept « bourdieusien », il rend compte de la dimension structurée et structurante de notre environnement dans une perspective d'acquisition de connaissances. A travers l'habitus, il s'agit d'intérioriser l'extériorité et d'extérioriser l'intériorité.

Ce corps est le support de la personnalité juridique. Devant l'incertitude sur l'existence de la personnalité juridique, le juriste a créé le régime du disparu et de l'absence en cas d'impossibilité de visualiser le corps. Ce corps est en médiation permanente avec l'environnement, il témoigne et porte les stigmates de toute forme d'idéalisation sociétale dont il ne cesse de révéler le choix. Dans une diachronie rétrospective, il informe de l'historicité culturelle d'une société ; ainsi ces aspects culturels participent à la cohérence entre le psychique et le somatique en réduisant toute perspective qui tendrait à les opposer. Ces modifications corporelles peuvent s'accompagner de douleur, dans ce cas échéant le comportement face à la douleur est source de socialisation.

## 2 - Endurance face à la douleur

La douleur peut être provoquée. C'est le cas de communautés dont le nombre de balafres sur le visage de ses membres correspond au nombre d'épisodes douloureux sur le plan odontologique (catégorie III de Baume). En se basant sur la théorie du Gate Contrôle de Melzak et Wall sur l'influx nociceptif et le mode de production et d'action de l'enképhaline comme perspective d'intelligibilité de cette capacité d'endurance, nous fondons en raison l'apologie de cette posture stoïque idéalisée par une communauté. En invoquant la physiologie de la nociception, nous montrons que l'environnement psychologique participe à moduler la sensation de douleur. Les cérémonies de tatouages avec les rituels associés sont des moments forts pour la femme de montrer son courage face à la douleur ; des légendes se créent sur des familles, des femmes, racontées et érigées en exemple. Cette capacité à maîtriser la douleur est facteur d'inclusion et d'intégration. Des projections sont faites sur la capacité de la femme à perdurer dans le lien du mariage et à faire face aux péripéties de la vie. Au-delà de la douleur, la souffrance associée est comme une épreuve pour anticiper sur la dimension de ce potentiel. Malgré les évolutions des représentations et une tendance à la nucléarisation du cercle familial, la dimension communautaire de notre organisation familiale reste importante. Car certaines cérémonies sont des prétextes pour reconstituer cette ambiance communautaire ; en référence avec un ensemble de valeurs, des notes de manière implicite sont distribuées. Les frustrées circonstancielles ne peuvent compter que sur leur capital de souffrance accumulé, intériorisé et étouffé (mougne) pour faire face à ces épreuves. Le manque d'autonomie de la femme dans cette société communautarisée valide le rituel auquel il faut sacrifier en faisant référence à la valeur cardinale de "mougne" au besoin. L'existence d'idéaux types pour penser la nature des rapports entre différents individus dans la communauté reste un référentiel d'appréciation du potentiel d'endurance de la femme. Ces idéaux types sont nourris et se vitalisent lors des différents prétextes de regroupement (baptême, mariage,...). La culture incorpore l'institutionnalisation de cette violence en banalisant la brutalité associée

**Titre :** « *Victimes de violences sexuelles en unité médico-judiciaire : respecter le corps, prendre soin de l'intime* »

**Auteurs :** I. HANAFY, A.S. LORIN, A. BARTHES, B. MARC

**Affiliation :** Service des urgences médico-judiciaires, C.H. de Marne-la-Vallée

**Email :** [isis.hanafy@me.com](mailto:isis.hanafy@me.com)

Le latin intimus qualifiait ce qui est le plus intérieur. À ce jour, la définition stricte d'intimité correspond à "ce qui est intérieur et profond". De la psyché à la corporalité, nous pouvons décrire la corporéité que le Larousse définit comme étant « le fait pour l'homme d'être dans le monde, d'être regardé par autrui comme une personne, un être humain » ; sorte d'inscription corporelle de l'esprit. L'intimité est simultanément frontière vis-à-vis de l'autre et élément de son identité propre. Aussi sommes-nous amenés à constater que le corps humain, l'organicité et l'intimité sont autant d'aspects d'une personne dont nous avons à prendre soin.

Les victimes de violences sexuelles – extra ou intrafamiliales – rendent la problématique des rapports entre victime et soignant, particulièrement délicate. Ces violences atteignent l'intimité de la personne, son intégrité, son identité (notamment par l'abolition de son libre arbitre qui caractérise le viol). En devenant agresseur, un individu est entré en force dans l'intimité d'une victime, dans sa corporalité, dans sa corporéité. Les Unités Médico-Judiciaires (U.M.J.) recevant les victimes de violences sexuelles se trouvent devant la difficulté, qu'il s'agisse d'un examen médical ou d'un examen psychologique, de ne pas recréer une effraction de l'intimité ; qu'il s'agisse d'examiner un corps meurtri, ou de l'amener à travers un travail psychique, à des réminiscences et des reviviscences des violences subies. Il faudra restaurer le sujet blessé dans son intimité, en accompagnant l'examen clinique – qui est un franchissement de l'intime – d'un acte de parole qui redonne du sens, qui explique, à celle ou celui qui est confronté à un traumatisme atteignant son corps et son identité. L'acte de parole, dans son intentionnalité réparatrice, reconstruit de l'intégrité, de l'intimité, de l'identité, chez la victime de violences sexuelles examinée, dans une relation interhumaine librement consentie, correctement apprivoisée, dans le respect, autour du premier acte symbolique de réparation.

C'est l'objectif principal de l'équipe soignante de l'unité médico-judiciaire. Quel que soit le consultant, on veillera à prendre en compte cette dimension de corporéité plus que jamais, notamment à travers des politiques sanitaires telles que le parcours de soins simplifiés (recommandé par des rapports ministériels) ou la coordination interdisciplinaire (avec les divers services – psychiatrique, pédiatrique, etc. – de l'hôpital). C'est par exemple dans ce but que l'U.M.J. du CH de Marne-la-Vallée a porté une attention particulière à la décoration destinée à l'accueil et aux examens des victimes. Des motifs apaisants y ont été peints afin de contribuer à l'atténuation des images intrusives ou peurs projetées des personnes n'ayant habituellement que leur conscience et vécu récent (souvent traumatiques) pour affronter la nécessaire procédure médico-judiciaire.

Un soin particulier a été porté à l'accueil des jeunes mineurs (avec le support de l'association de « La voix de l'enfant ») avec la mise en place d'une salle d'audition des mineurs – servant prioritairement à faciliter l'audition filmée dans des locaux adéquats – dans laquelle nous pourrions être amenés à examiner des enfants victimes, dans un climat propice au dévoilement le moins perturbant de leur intimité à des fins médico-judiciaires. Toutes ces dispositions servent en

premier lieu à restaurer l'intimité blessée de la victime.

Comment faire toujours plus en sorte qu'il n'y ait pas de sur-violence (et de facto, de sur victimisation) ? Considérons-nous au mieux le corps humain que nous voulons soigner ? Comment faire pour que l'acte soignant – et la prise en charge d'une manière plus générale – ne constitue pas une autre violence, mais bien un soin pour le corps et l'esprit de la victime ? Comment respecter au mieux l'intimité, l'intégrité, l'identité, complexe, profonde, spirituelle d'une victime de violences sexuelles ? Ce sont les questions éthiques et les solutions apportées pour la pratique médico-judiciaire actuelle que nous nous exposons dans cette communication.

*Mots-clés* : victimes, violences sexuelles, unité médico-judiciaire, corps, intime

*Titre* : « **Prise en charge des violences à l'égard des femmes et statut social de la femme algérienne.** »

*Auteurs* : Z. BOUDRAA - S.TIOURA- A.FEROUI- MB.TIDJANI-A.BELLOUM- A.BENHARKAT

*Affiliation* : Service de Médecine légale CHU Constantine- Algérie.

En Algérie, il y a des paradoxes concernant le statut de la femme. Ces dernières se heurtent aux préjugés et tabous profondément ancrés dans la société qui les exposent à des problèmes d'atteinte grave à la dignité humaine et aux droits fondamentaux des personnes. A partir de ce constat, nous étudierons les formes de violence à l'égard des femmes.

#### *Matériels et méthodes :*

Nous avons réalisé :

- une étude épidémiologique rétrospective transversale à visée descriptive à propos de 1 477 femmes battues qui se sont présentées à notre consultation du 1er janvier au 31 décembre 2013.

Le recueil des informations est effectué à partir de dossiers et rapports médico-légaux établis après examen clinique.

La méthode statistique simple a été utilisée.

- Les données statistiques nationales sur la femme de 1965 à 2011.

#### *Résultats :*

Les violences à l'égard des femmes représentent à elles seules 1477/8000 cas (18,75% de l'ensemble des consultants). La femme battue représente le quart (19,77%) de celles-ci.

Une bonne partie d'entre elles ne déposent pas plainte pour de multiples raisons que nous relaterons.

Dans le cadre général du code de la famille et du code pénal algérien, dans le « chapitre atteintes à la personne humaine », il n'existe, à titre d'exemple, aucun article concernant la violence à l'égard de la femme en général et de la violence conjugale en particulier, malgré plusieurs amendements.

### *Discussion :*

Sur la base des résultats obtenus, nous parlerons des violences faites aux femmes dans le contexte socioculturel algérien et comparerons notre législation avec celle des pays du Maghreb, Tunisie et Maroc, afin de proposer les mesures qui permettent d'améliorer les conditions de prise en charge sociale, psychologique et politique.

*Mots clés* : Etude épidémiologique, prise en charge, statut social, femme algérienne.

### **ATELIER N13 "Du génotype au phénotype en criminalistique : une évolution souhaitable ? Coordonnateur : B. LUDES**

« Analyse phénotypique des individus » – C. KEYSER (résumé non reçu à ce jour)  
« Problèmes éthiques et déontologiques » – C. HERVE (résumé non reçu à ce jour)  
« La position du droit français actuel » - un magistrat (résumé non reçu à ce jour)  
Discussion modérateurs : C. KEYSER – B. LUDES (résumé non reçu à ce jour)  
Synthèse – B. LUDES

### **ATELIER N14 - Thanatologie médico-légale - Coordonnateur : C. RAMBAUD**

« Syndrome du bébé secoué : rôle de l'expertise. Datation des faits. » C. RAMBAUD (résumé non reçu à ce jour)  
« Lésions cervicales atypiques lors des pendaisons : à propose de deux cas. » A.S. ADVENIER (résumé non reçu à ce jour)  
« Investigations post mortem chez le sujet diabétique. » G. LORIN DE LA GRANDMAISON (résumé non reçu à ce jour)

### **ATELIER N16 - Autopsie des étrangers – T. MASMOUDI et D. MALICIER**

« Pratiques des autopsies médico-légales au centre hospitalier universitaire de Lyon » - Pr D. MALICIER

Lyon est une grande Métropole Régionale qui pratique entre 800 et 850 autopsies annuellement. Ce Centre Hospitalier Universitaire pratiquait, il y a encore dix ans, plus de 1 000 autopsies, car on procédait à des autopsies en matière d'accident de la circulation.

Nous sommes ainsi amenés à pratiquer des autopsies sur des personnes qui résident en France, mais qui sont d'origine étrangère, en l'espèce notamment les travailleurs qui nous viennent du pourtour Méditerranéen et tout particulièrement du Maghreb.

On doit, dans le cadre de ces autopsies, ordonnées par le Parquet, faire en sorte que les rites funéraires liés à la religion soient respectés et de respecter toutes les formalités administratives.

L'Institut de Médecine Légale de Lyon en son temps gardait les corps dès l'admission et c'était au sein de cet Institut qu'étaient pratiqués les rites funéraires, soit par le Rabinat, soit par l'Imam. L'évolution a fait que, sur Lyon, l'accueil des corps fasse au Funérarium de la Ville de Lyon.

La problématique que l'on rencontre aujourd'hui est exclusivement celle de l'éclairage des familles et des Autorités des pays, dont sont originaires les personnes décédées sur le ressort de la Cour d'Appel de Lyon et tout particulièrement du Tribunal de Grande Instance de Lyon.

Sont également concernés les sujets décédés sur le Nord Isère pour le Tribunal de Grande Instance de Bourgoin Jallieu et également sur le territoire du Parquet de Vienne.

La majorité des sujets décédés d'origine étrangère non résidant et résidant en France, voyageaient pour des raisons professionnelles. Certes Lyon est une grande ville touristique, mais nous n'avons pas un grand nombre de décès de ressortissants étrangers de passage dans la région lyonnaise pour des raisons touristiques.

Il s'agit souvent de travailleurs décédés sur le lieu de leur travail : ingénieurs ou chauffeurs routiers. Il s'agit là de la représentation professionnelle la plus importante.

Il peut s'agir également de personnes décédées dans l'avion, voire dans le train et qui ont dû être admis à l'Institut de Médecine Légale de Lyon.

En ce qui concerne les constatations autopsiques, jusqu'à présent nous n'avons trouvé que des décès en relation avec l'activité professionnelle. Cependant, un certain nombre de décès ont pu être imputables à des suicides, essentiellement médicamenteux.

On constate en règle générale que l'on tient des délais maximum pour le dépôt du pré rapport de quarante-huit heures environ.

Le bilan toxicologique est demandé en urgence, de fait, le rapport complémentaire d'autopsie est déposé dans un délai inférieur à dix jours, en général.

Il est constant, habituellement, que ce soit les Consultants ou les Ambassades qui prennent directement contact, en premier lieu avec le Parquet compétent et en second lieu avec l'Institut de médecine Légale de Lyon, qui remet tous les certificats médicaux indispensables destinés à faire valoir les droits juridiques du défunt.

**Titre :** « Grève de la faim et accident vasculaire cérébral ischémique : à propos d'une observation autopsique »

**Auteurs :** M. JEDIDI, M. BOUGHATTAS, M. BELHADJ, T. MASMOUDI, S. MLAYEH, M. BEN DHIAB, M.K. SOUGUIR

**Affiliation :** Service de médecine légale Hôpital universitaire F.Hached de Sousse (Tunisie)

**Email :** jedidimaher@yahoo.fr

**Introduction :**

L'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est une complication rarement décrite de la grève de la faim et pose des questions quant à son mécanisme et son imputabilité.

Nous rapportons le cas d'une grève de la faim chez un détenu, compliquée d'un AVC ischémique et de décès et nous développons les aspects physiopathologiques et la relation d'imputabilité entre la grève de la faim et l'AVC.

**Observation:**

Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, sans antécédents pathologiques, détenu, en grève de la faim depuis 25 jours, qui a été admis aux urgences pour coma. Le bilan médical a mis en évidence un accident vasculaire cérébral ischémique vertébro-basilaire et cérébral postérieur. Le patient est décédé 6 jours après son hospitalisation. Une autopsie médico-légale a été pratiquée et a confirmé la thrombose basilaire et le ramollissement cérébral.

**Conclusion:**

L'accident vasculaire cérébral est une complication rare de la grève de la faim. Il est le plus souvent en rapport avec une déshydrations sévère et favorisé par un état vasculaire altéré. Les carences en vitamine B12 et en folates connues génératrices d'hyper-homocystéinémie, facteur de risque de maladies thromboemboliques, peuvent être aussi impliquées dans le mécanisme de l'AVC.

**Mots clés:** Grève de faim, Accident vasculaire cérébral, Imputabilité

**Titre :** « Le suicide en milieu hospitalier, à propos de 4 observations au C.H.U. de Batna »

**Auteurs :** E.M. BENABBAS, F. BOUAZIZ, L. RAHMOUNI, L. SMOUN

**Affiliation :** Faculté de Médecine de Batna Algérie - Service de Médecine Légale

**Email :** benabbas\_moulay@yahoo.fr

### *Introduction :*

Le milieu hospitalier constitue un lieu de soins et de prise en charge. Malgré cette notion, le milieu hospitalier de Batna a vu le passage à l'acte suicidaire de malades hospitalisés.

Nous rapportons dans cette communication 04 observations de suicide en milieu hospitalier par des malades ayant pris connaissance du diagnostic de leur pathologie.

La constatation de suicide en milieu hospitalier nous interpelle à créer des unités de psychologie réparties à travers les différents services qui traitent la pathologie lourde à savoir les cancers.

Nous considérons que ce phénomène du suicide en milieu hospitalier est un phénomène de détresse.

*Mots clés :* Suicide, Cancers, autopsie.

*Titre :* **« Profil épidémiologique et médico-légal de la mort violente chez la femme : Étude rétrospective de deux ans 2009-2010 »**

*Auteurs :* Y. MELLOUKI, L. SELLAMI, F. GEUHRIA, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA

*Email :* [youcefmellouki@yahoo.fr](mailto:youcefmellouki@yahoo.fr)

### *Introduction :*

La mort violente est définie comme étant une mort « non naturelle », elle est provoquée par une intervention volontaire (soit d'autrui : homicide, soit de soi-même : suicide) ou par une cause extérieure brutale, appelée accident.

### *Objectif :*

L'objectif de notre travail consiste à faire ressortir les caractéristiques épidémiologiques et médico-légales des décès violents, touchant aux femmes dans la région d'Annaba.

### *Matériel et méthodes :*

C'est une étude rétrospective réalisée, à partir des cas de décès pour lesquelles une autopsie médico-judiciaire a été ordonnée et pratiquée durant la période allant du 1er janvier 2009 jusqu'au 31 décembre 2010, concernant des femmes dont l'âge est égal ou supérieur à 18 ans, au sein de l'unité de thanatologie du service de médecine légale du CHU d'Annaba. Ont été inclus dans notre étude que les dossiers complets.

Cette étude a permis de noter les résultats suivants :

### *Résultats :*

Durant cette période de deux ans, 503 autopsies ont été pratiquées, parmi ces autopsies 35 cas de décès violents. La fréquence était de l'ordre de 5,82%. Un tiers des victimes avait un âge compris entre 30 à 40 ans.

Les femmes mariées représentaient 71 personnes, soit 42% de l'ensemble des décès, 88,87% des victimes décédées étaient en inactivité. 51,42 % des décès violents ont eu lieu au niveau du domicile familial. 51,42% des décès violents sont des morts violentes criminelles, 31,43 % des

décès avaient des lésions comparables à celles observées chez des suicidés.

### *Discussion et conclusion :*

Au total le décès violent touchant les femmes a une faible incidence, il représente 6% de l'ensemble des morts médico-légales, mais il s'agit d'un phénomène non négligeable.

L'homicide volontaire constitue la première forme médico-légale de décès, suivie par le suicide et la mort accidentelle. Quant aux étiologies ce sont les brûlures en matière de mort accidentelle, les blessures par arme à feu en matière d'homicide et la pendaison en matière de suicide. Les opérations nécrosiques et éventuellement les examens toxicologiques ont permis de mettre en évidence l'origine violente du décès dans l'écrasante majorité des cas.

Enfin, nos résultats peuvent traduire d'une part le meilleur indicateur de la gravité de la violence envers les femmes, d'autre part une sonnette d'alarme aux décideurs, afin d'établir un plan d'action pour faire face à cette forme de violence

*Mots clés :* femme. Décès violent .Annaba.

*Titre :* **« Étude comparative sur l'impact de la révolution tunisienne sur le suicide par immolation : étude sur 4 ans 2009-2013. »**

*Auteurs :* M. BEN KHELIL, Y. CHKIRBÈNE, M. ZAAFRANE, W. THALJAOU, A. BENZARTI, M. HAMDOUN

*Affiliation :* Service de médecine légale. Hôpital Charles Nicolle de Tunis. TUNISIE

*Email :* [benkhelimehdi@yahoo.fr](mailto:benkhelimehdi@yahoo.fr)

L'immolation par le feu, moyen suicidaire violent et assez spectaculaire quand l'acte est réalisé dans un lieu publique. Il s'agit d'un mode suicidaire radical et dénote d'une détermination à mourir mais aussi d'une volonté de partager ses souffrances.

L'immolation par le feu d'un jeune homme (Mohamed Bouazizi) a été véhiculée comme le symbole de la révolution tunisienne du 14 janvier 2011, ce qui a motivé des questionnements sur les changements éventuels des profils victimologiques des sujets qui choisissent ce mode suicidaire.

Notre objectif a pour objectif d'étudier le profil victimologique des suicides par immolation par le feu sur une période de 4 ans puis de comparer ce profil sur deux périodes de deux ans respectivement, avant et après la révolution.

A cet effet, nous avons procédé à une étude comparative, rétrospective, portant sur tous les cas de suicide par immolation colligés au service de Médecine Légale de Tunis sur une période de quatre ans (2009-2012). Les données ont été analysées pour la période totale, puis nous avons comparé les profils victimologiques dégagés durant les 2 années avant la révolution (2009-2010) et celles après la révolution (2011-2012).

Durant notre période d'étude, 110 cas de suicides par immolation ont été recensés, soit 22% du nombre total des suicides et 1.5% de l'activité autopsique totale de notre service.

En effet, le nombre de suicide par immolation a quadruplé après la révolution (79% vs 21%,  $p < 0,001$ ) devenant le deuxième mode suicidaire (il représentait le troisième mode suicidaire

avant).

Le sexe ratio (M/F) était de 2,9. Cette prédominance masculine est restée la même après la révolution avec une augmentation non significative du nombre de femmes (61,8% vs 60,9%,  $p=0,109$ ). L'âge moyen des suicidés était de 36.57 (entre 17 et 83 ans). Cette moyenne d'âge est restée exactement la même avant et après la révolution (36.3 vs 36.24 ans).

Plus que la moitié des suicides (58%) se passent entre les mois de janvier à mai. La période où il y a le moins de suicide par immolation se situe entre le mois d'août et octobre (7.5% des cas). Cette distribution est restée quasiment la même avant et après la révolution.

Le motif du suicide n'a pas été précisé avec exactitude dans 70% des cas. Néanmoins, parmi les cas où un motif clair a été présenté ( $n=33$ ), un conflit familial en était le motif le plus fréquent (52%). A noter qu'après la révolution un motif est devenu fréquent, celui d'un conflit avec une composante de l'état (15% vs 4% avant), le faible effectif ne nous permet pas de statuer sur le caractère significatif de cette augmentation.

Une pathologie psychiatrique sous-jacente est présente dans 25% des cas. Elle est plus fréquente dans les cas survenus avant la révolution (39% vs 22% après,  $p=0,08$ ). A noter que dans la majorité des cas, les victimes n'ont pas fait de tentatives suicidaires antérieures (90%). Ce constat est similaire avant et après la révolution (87% vs 92%,  $p=0,885$ ).

Dans la majorité des cas (61%), les victimes sont sans profession ou des travailleurs journaliers (48 et 13,5% respectivement). Après la révolution, nous avons observé une augmentation significative, des victimes qui sont sans profession ou des travailleurs journaliers (66,7% vs 43,5%,  $p=0,034$ ).

Notre étude a permis de montrer une nette augmentation du nombre de suicide par immolation après la révolution tunisienne. Cette augmentation peut être expliquée par la médiatisation importante de l'immolation de Bouazizi présenté comme le symbole de la révolution et éventuellement au caractère spectaculaire de ce mode suicidaire obligeant les témoins à en souffrir avec la victime. Par contre, le profil victimologique avant et après la révolution tunisienne n'a changé que seulement par rapport au fait que la victime soit sans profession ou travailleuse journalière. Ceci peut être expliqué par le caractère violent et radical de ce mode suicidaire le rendant réservé à une catégorie de victime déterminée à mettre fin à sa vie.

*Mots clés* : Suicide, immolation, autopsie, victime

*Titre* : « **Le suicide par arme blanche en Tunisie** »

*Auteurs* : Y. CHKIRBÈNE, M. BEN KHELIL, W. THALJAOU, M. ALLOUCHE, M. HAMDOUN

*Affiliation* : Service de médecine légale. Hôpital Charles Nicolle de Tunis.

*Email* : [benkhelilmehdi@yahoo.fr](mailto:benkhelilmehdi@yahoo.fr)

*Introduction* :

Les suicides sont devenus un problème de santé publique partout dans le monde notamment chez les jeunes. La pendaison et les armes à feu restent les moyens suicidaires les plus utilisés au monde. Les suicides par armes blanches demeurent rares et posent souvent des difficultés pour les différencier des homicides.

L'objectif de cette étude est de dresser un profil victimologique des auteurs de suicides par armes blanches dans le nord de la Tunisie et de déterminer à travers les constatations autopsiques les

éléments permettant de différencier les suicides des homicides.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur une durée de 9 ans (du 01 janvier 2005 au 31 Décembre 2013) portant sur les suicides par armes blanches autopsiés dans le service de Médecine Légale de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis.

Les données ont été collectées d'après les dires de la famille, les procès verbaux de la police judiciaire et des rapports d'autopsies et ont concerné des données épidémiologiques (âge, sexe, origine, profession, antécédents psychiatriques...), des données en rapport avec l'acte (date, lieu, motif..) et les constatations autopsiques (morphologie, siège, nombre des plaies, présence de plaies d'hésitations ...)

Durant la période d'étude nous avons colligés 20 cas de suicides par armes blanches parmi un total d'environ 14935 autopsies. Nous avons observé une prédominance masculine (17 des 20 victimes). L'âge moyen est de 34,8 ans. Neuf parmi les 20 victimes présentaient des antécédents connus de maladie psychiatriques. Sept des 20 victimes ont des antécédents de tentatives de suicides. Douze des 20 suicides ont été commis dans le domicile de la victime.

Les plaies sont le plus fréquemment situées au niveau du la face antérieure des membres supérieurs, au niveau du cou et l'abdomen. Neuf parmi les 20 victimes ont présenté des plaies d'hésitation. Seulement une victime a présenté des coupures des vêtements en regard des plaies cutanées.

Mots clés : Suicide, Arme blanche, Plaie, Autopsie

*Titre :* « **Les morts violentes criminelles dans la région de Sétif.** »

*Auteur :* K. DOUBALI

*Affiliation :* Service de médecine légale C.H.U.de Sétif

*Email :* [khadou072@yahoo.fr](mailto:khadou072@yahoo.fr)

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de médecine légale du C.H.U.de Sétif à l'est Algérien, sur les 5 dernières années de 2008 à 2009. Portée sur les différentes morts violentes criminelles survenues dans notre région. Cette étude nous a permis de voir la fréquence de la mort violente criminelle par rapport aux autres types de mort et surtout d'analyser les procédés criminels employés ainsi que le rôle du médecin légiste dans ces affaires.

*Mots-clés :* Mort violente, criminelle, Sétif

**Titre :** « *L'homicide intrafamilial dans la région de Sousse, Tunisie: étude de 35 cas* »

**Auteurs :** M.JEDIDI, M.BELHADJ, M.BOUGHATTAS, T.MASMOUDI, S.MLAYEH, M.BEN DHIAB, MK. SOUGUIR

**Affiliation :** Service de Médecine Légale, CHU Habib BOURGUIBA de Sfax,

**E-mail :** [jedidimaher@yahoo.fr](mailto:jedidimaher@yahoo.fr)

### **Introduction:**

Les homicides intra-familiaux créent toujours des situations traumatiques qui débordent largement le strict cadre familial et touchent l'ensemble de la société.

Nous proposons dans ce travail une étude de ce phénomène travers une analyse des cas d'homicide intra-familial colligés au service de Médecine Légale de l'Hôpital F.Hached de Sousse (Tunisie).

**Matériels et méthode:** Étude rétrospective, descriptive de tous les cas d'homicide volontaire et intra-familial colligés au service de Médecine Légale de l'Hôpital Universitaire F. Hached de Sousse (Tunisie), sur une période de 7 ans.

### **Résultats:**

Durant la période d'étude, 35 cas d'homicide intra-familial ont été recensés parmi un total de 122 cas d'homicide volontaire. L'homicide était collectif dans 16 cas. Les agresseurs étaient tous de sexe masculin. L'âge moyen des victimes était de 35 ans [1 jour - 88 ans]. 64% des victimes étaient de sexe féminin. Les types d'homicide les plus fréquents sont l'uxoricide (13 cas), le parricide (4 cas), le filicide (3 cas), le fraticide (2 cas). 2 cas d'infanticide ont été aussi retrouvés.

Des antécédents psychiatriques de l'agresseur ont été rapportés dans 10 cas (30% des cas) et l'influence d'un facteur toxique dans 7 cas.

**Conclusion:** L'homicide intra-familial est un phénomène complexe. Différents profils psychiatriques se dégagent en fonction des sous-types de crimes. Le rôle joué par la maladie mentale reste nuancé.

**Mots clés:** Homicide, famille, Maladie mentale, Sousse, Tunisie.

*Titre :* « **La mort violente par suffocation oro-faciale** »

*Auteurs :* K. JAMMELI, Y. NOUMA, S. BARDAA, W. BEN AMAR, S. MAATOUG

*Affiliation :* Service de médecine légale centre hospitalo-universitaire Habib Bourguiba Sfax

*Email :* [docyoussef@live.fr](mailto:docyoussef@live.fr)

### *Introduction*

La suffocation oro-faciale est une cause de mort relativement rare chez l'adulte.

Nous nous proposons de rappeler les circonstances d'observation de cette forme d'asphyxie mécanique et les différentes étapes du diagnostic médico-légal.

### *Matériel et Méthodes*

Nous rapportons 4 affaires de suffocation orofaciale colligées au service de médecine légale du CHU H. Bourguiba de Sfax (Tunisie) durant une période de quatre ans allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009. Nous avons exclu de notre étude les cas d'infanticide.

### *Résultats:*

La suffocation orofaciale représente 1.7% de l'ensemble des cas d'asphyxie mécanique observés durant cette période d'étude. Tous les cas observés dans notre série sont d'origine criminelle. Nous avons observé 3 victimes de sexe féminin. Dans tous les cas, le diagnostic a été basé sur l'étude des commémoratifs, l'examen externe du corps et l'autopsie médico-légale. Dans les trois cas, des examens complémentaires ont été pratiqués. Le syndrome asphyxique a été observé dans tous les cas. Les ecchymoses et les écorchures faciales péri buccales et périnarinaires ont été aussi constantes. Une agression sexuelle a été retrouvée dans les trois cas et a constitué le mobile du crime.

### *Discussion*

La suffocation orofaciale est une forme rare d'asphyxie mécanique. Elle se caractérise par la difficulté de sa réalisation chez l'adulte vigoureux qui se défend et par son origine le plus souvent criminelle. Ces deux éléments incitent à accorder de l'importance au moindre signe de violence constaté notamment à l'extrémité céphalique du cadavre d'un sujet jeune d'autant plus que la mort revêt un caractère inattendu ou suspect. Ces mêmes raisons rendent aussi l'examen sexuel systématique. Les prélèvements peuvent découvrir une soumission chimique ayant servi pour affaiblir les défenses de la victime ou une agression sexuelle associée et peuvent contribuer à l'identification de l'agresseur parmi les suspects.

### *Conclusion*

La découverte de lésions de violence sur le cadavre d'un sujet jeune notamment faciales doit inciter à pousser les investigations médico-légales afin de ne pas méconnaître une suffocation orofaciale criminelle.

*Mots clés:* syndrome asphyxique, violence, agression sexuelle, autopsie

*Titre :* « **Contribution de l'étude histologique dans l'établissement du diagnostic de certitude des morts subites lésionnelles** »

*Auteurs :* L. SELLAMI, Y. MELLOUKI, F. GEUHRIA, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA

*Affiliation :* Faculté de médecine, université Badji Mokhtar à Annaba

*Email :* [sellami\\_lakhdar@yahoo.fr](mailto:sellami_lakhdar@yahoo.fr)

La mort subite est considérée comme une mort suspecte qui fait souvent l'objet d'une autopsie. Vu les problèmes médico-légaux posés par les morts subites et vu la prévalence de l'origine cardiaque, il nous a semblé utile d'aborder le sujet et faire un éclairage sur la question. Parmi les étiologies cardiaques, il existe des causes rares, à savoir la dysplasie arythmogène du ventricule droit et la dissection aortique.

Le but essentiel de ce travail est de :

- Montrer les différentes étapes qui caractérisent la pratique de l'autopsie dans les morts subites,
- Mettre en exergue le rôle de l'apport de l'examen anatomopathologique, qui permet de poser un diagnostic pertinent de la cause de la mort dans ces rares cas.

Pour ce faire nous présenterons à l'aide d'une iconographie, deux observations : la première concerne un homme, âgé de 65 ans, décédé subitement en milieu carcéral, sans avoir présenté de prodromes auparavant, la deuxième intéresse un adulte jeune, âgé de 21 ans, décédé subitement suite à un effort au cours d'une partie de football.

L'autopsie pratiquée pour les deux victimes, a permis de mettre en évidence :

- Sur le plan macroscopique :
  - Première observation : une déchirure au niveau de la crosse aortique ;
  - Deuxième observation : une infiltration du ventricule droit par du tissu adipeux ;
- Sur le plan microscopique (histologique) :
  - Première observation : une dissection aortique (anévrisme disséquant);
  - Deuxième observation : un remplacement des couches myocardiques sous-épicardiques par du tissu adipeux, avec une faible quantité de fibrose.

En conclusion, l'examen histologique tient une place majeure et reste un examen primordial pour exclure une cause violente et établir le diagnostic de certitude du décès au cours des morts subites d'origine cardiaque, notamment celles qui sont dues à des causes rares.

*Mots clés :* mort subite – dysplasie arythmogène du ventricule droit – dissection aortique

**Titre :** « *Mort subite par épilepsie ou crime par strangulation ? Analyse d'un cas autopsique* »

**Auteurs :** M.A MESRATI, N. HAJ SALEM, H. OTHMANI, A. AISSAOUI, A. CHADLY

**Affiliation :** Laboratoire de Recherche en Anthropologie et Biomécanique de l'os (LR12SP14)  
Service de Médecine Légale – Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie)

**Email :** [amin.ms29@live.fr](mailto:amin.ms29@live.fr)

### **Introduction :**

La discussion du mécanisme et de la forme médico-légale du décès après une autopsie judiciaire sont parfois difficiles. Un crime maquillé peut passer inaperçu surtout si la victime présentait des antécédents qui peuvent expliquer sa mort inopinée.

Nous rapportons un cas autopsique d'une femme connue épileptique décédée de façon brutale et nous discutons la cause et la forme médico-légale du décès.

Rapport du cas : Il s'agissait d'une femme âgée de 44 ans, mariée, connue épileptique sous phénobarbital. Selon l'interrogatoire de la famille, la femme n'était pas bien équilibrée sur le plan thérapeutique et elle présentait parfois des crises convulsives de durée prolongée. Elle a été découverte décédée, un matin, dans son lit en décubitus ventral, sa face contre l'oreiller. Le corps a fait l'objet d'une autopsie judiciaire afin de déterminer la forme médico-légale du décès. L'examen extérieur a permis de mettre en évidence un syndrome asphyxique très marqué avec des lésions pétéchiiales thoraciques antérieures. A l'autopsie, nous avons noté la présence d'infiltrations ecchymotiques des muscles latéraux du cou et en péri-laryngé, des hématomes péri-carotidiens avec fissuration de la muqueuse des artères carotides bilatérales et symétriques. Les analyses toxicologiques ont permis de mettre en évidence le phénobarbital à des doses thérapeutiques.

### **Conclusion :**

Le cas autopsique que nous rapportons nous amène à déterminer l'origine des lésions traumatiques internes du cou. Sont-elles en rapport avec la crise convulsive ou en rapport avec une strangulation par un lien large ?

**Mots clés :** épilepsie- strangulation- lien large- autopsie

**Titre :** « *Fratricide (à propos d'un cas)* »

**Auteurs :** A. BOUCHAAR, S. BOUMESLOUT, N. AYADI, A.R. HAKEM

**Affiliation :** Service de médecine légale - CHU d'Oran Algérie

**Email :** [arsika2012@gmail.com](mailto:arsika2012@gmail.com)

Le 21/08/2013, la population d'Es Sénia a été secouée par le 1er cas de fratricide, survenu dans un quartier populaire appelé : Douar Oueld Adda.

Cette paisible commune, étendue sur 48,5 Kilomètre et compte 97500 habitants (depuis le dernier recensement de 2008), située à 07 Km de sud-est de la wilaya d'Oran/Algérie, a connu un drame, le premier de son genre par le massacre de toute une famille par leur fils aîné, âgé de 24 ans.

Les deux frères cadets âgés respectivement de 14 ans et de 22 ans ont trouvé la mort sur le coup, alors que la mère et les deux sœurs furent hospitalisées aux urgences médico-chirurgicales du CHU d'Oran suite à leurs blessures.

Par la suite, l'assassin s'est suicidé en se projetant sous un camion.

La victime âgée de 22 ans a fait l'objet d'une autopsie médico-judiciaire à notre niveau (dans le service de médecine légale de CHU d'Oran), le 22/08/2013, ou on va décrire le déroulement des différents étapes de cette autopsie :

- Les commémoratifs sur les circonstances de ce fratricide (les voisins qui ont procuré les premiers secours...).
- Le profil psychologique de la victime (universitaire, futur officier de la gendarmerie..) et de l'auteur de ce fratricide (échec professionnel, désespoir, dépression, prise de stupéfiants...).
- L'examen externe du cadavre.
- L'examen interne avec les analyses toxicologiques.
- La conclusion.

*Titre :*            **« Caractéristiques épidémiologiques et médico-légales des décès violents, touchant aux femmes dans la région d'Annaba »**

*Auteurs :*        Y. MELLOUKI, L. SELLAMI, F. GEUHRIA, F. KAIIOUS, Y. ZERAIRIA, A. MIRA

*Affiliation :*     Faculté de médecine, université Badji Mokhtar. Annaba, Algérie.

*Email :*            [youcefmellouki@yahoo.fr](mailto:youcef mellouki@yahoo.fr)

### *Introduction :*

La mort violente est définie comme étant une mort « non naturelle », elle est provoquée par une intervention volontaire (soit d'autrui : homicide, soit de soi-même : suicide) ou par une cause extérieure brutale, appelée accident.

### *Objectif :*

L'objectif de notre travail consiste à faire ressortir les caractéristiques épidémiologiques et médico-légales des décès violents, touchant aux femmes dans la région d'Annaba.

### *Matériel et méthodes :*

C'est une étude rétrospective réalisée, à partir des cas de décès pour lesquelles une autopsie médico-judiciaire a été ordonnée et pratiquée durant la période allant du 1er janvier 2009 jusqu' au 31 décembre 2010, concernant des femmes dont l'âge est égal ou supérieur à 18 ans, au sein de l'unité de thanatologie du service de médecine légale du CHU d'Annaba. Ont été inclus dans notre étude que les dossiers complets.

Cette étude a permis de noter les résultats suivants :

### *Résultats :*

Durant cette période de deux ans, 503 autopsies ont été pratiquées, parmi ces autopsies 35 cas de décès violents. La fréquence était de l'ordre de 5,82%. Un tiers des victimes avait un âge compris entre 30 à 40 ans.

Les femmes mariées représentaient 71,42% de l'ensemble des décès, 88,87% des victimes décédées étaient en inactivité. 51,42 % des décès violents ont eu lieu au domicile familial. 51,42% des décès violents sont des morts violentes criminelles, 31,43 % des décédés avaient des lésions comparables à celles observées chez des suicidés.

### *Discussion et conclusion :*

Au total le décès violent touchant les femmes a une faible incidence, il représente 6% de l'ensemble des morts médico-légales, mais il s'agit d'un phénomène non négligeable.

L'homicide volontaire constitue la première forme médico-légale de décès, suivie par le suicide et la mort accidentelle. Quant aux étiologies ce sont les brûlures en matière de mort accidentelle, les blessures par arme à feu en matière d'homicide et la pendaison en matière de suicide. Les opérations nécrosiques et éventuellement les examens toxicologiques ont permis de mettre en évidence l'origine violente du décès dans l'écrasante majorité des cas.

*Mots clés :* Femme. Décès violent, Annaba.

*Titre :* « **Entomological seasonal and environmental markers on biological samples in south-eastern Iberian peninsula\*** »

*Auteurs :* M.I. ARNALDOS 1,3 ; M.D. GARCÍA 1,3 ; I.BEGOÑA 1,3 ; J.J. PRESA 1,3; A. LUNA 2,3

*Affiliations :*

1. Area of Zoology. Faculty of Biology. University of Murcia.
2. Area of Legal Medicine. Faculty of Medicine. University of Murcia.
3. External Service of Forensic Sciences and Techniques (SECyTeF). University of Murcia.

Presenting author: **Aurelio LUNA**. Area de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

*Email :* [aurluna@um.es](mailto:aurluna@um.es)

Insects are used in forensic investigations primarily to develop an estimate of minimum PMI. Under certain conditions, the only way to estimate PMI is to take into account the whole arthropod

community related to corpse, when the sequence of arthropods colonizing carrion is known for a given area and set of circumstances. The entomological community depends on several factors, such as the biogeoclimatic ones, the concrete habitat or the season. Many species show seasonal variations and may be valuable in determining season of death, a useful aspect when remains are discovered much time after death. In SE Iberian Peninsula, a forensic case is known in which the presence of a blowfly species allowed to point at the season of death.

#### *Method*

Several studies have been carried out in different environments of Murcia province (SE Spain), one suburban area and two sites at different altitude in a wild mountainous area, using a modified version of the trap designed by Schoenly et al. (1991) baited with  $\approx 5$  kg piglet. Samples were collected daily for 15 days during the four seasons of the year.

#### *Results*

Results concerning the most representative Diptera and Hymenoptera (Insecta) are provided, illustrating the differences existing between seasons and the influence due to environment. Diptera community showed seasonal differences in both wild and suburban areas at the family level and when considering the most represented species. Thus, Sarcophagidae was absent during winter in all sites, Calliphoridae dominated the wild areas and Muscidae was abundant during spring and summer in the suburban site. The environment also affected the specific composition of the community. For instance, while *Phaenicia sericata* is abundant during spring in the suburban area, it is absent at that time in wild areas; *Calliphora vicina* dominated the coldest site except during warm seasons, when replaced by *C. vomitoria* that was scarcer at lower altitude and almost absent in suburban site. The same occurred regarding the Hymenoptera community, mainly composed of Formicidae, showing a clear seasonality and appearing significantly abundant during summer. *Crematogaster auberti* characterised the summit, *Lasius brunneus* the umbrage at medium altitude and *Pheidole pallidula* the suburban area.

#### *Conclusion*

The entomosarcosaprophagous community reveals seasonal variations that allow estimating the season of death on the basis of the most representative taxa. Data presented support the need of knowledge of this fauna under different circumstances when and where its application to forensic practice is desired.

This contribution has been supported by the project CGL20205-04668/BOS of Ministerio de Educación y Ciencia of the Spanish Government.