



DCEM3

**MEDECINE LEGALE
JUDICIAIRE DROIT
MEDICAL
ETHIQUE MEDICALE**

Enseignants ayant participé à l'élaboration du module d'enseignement

**M. ALLOUCHE, A. BANASR, M. BEN KHELIL, N. BEN SALAH, A. BENZARTI, D. GARGOURI, F. GLOULOU,
M. HAMDOUN, N. KAFFEL, T. LARBI, S. MRAD, S. TRABELSI, M. ZHIOUA.**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

www.fmt.rnu.tn

PLAN

MEDECINE LEGALE JUDICIAIRE ET DROIT MEDICAL	
Introduction à la médecine légale	3
Diagnostic et législation de la mort	8/13
Les aspects réglementaires des prélèvements et transplantations d'organes	17
La levée de corps et identification médico-légale	20
La mort subite de l'adulte	25
la mort subite du nourrisson	33
Diagnostic médico-légal des coups et blessures	38
Diagnostic médico-légal des plaies par armes à feu	49
La réparation du dommage corporel	59
Les asphyxies mécaniques	65
Diagnostic médico-légal des agressions sexuelles	75
L'avortement	83
Documentation médico-légale des mauvais traitements et de la torture	89
Les sévices à enfants	10
Le diagnostic médico-légal des intoxications	109
Diagnostic médico-légal de la mort toxique	117
Les toxicomanies	130
Les certificats médicaux	140
La responsabilité médicale	149
Le secret professionnel médical	159
L'ordre des médecins	165
Le code de déontologie médicale	170
Les aspects réglementaires de l'exercice de la médecine en Tunisie	184
ETHIQUE MEDICALE	
Bioéthique : fondements, champs d'applications, enjeux	192
Droits humanitaires : fondements, historique et champs d'application	203
Les droits du patient	210
Relation médecin malade	215
Ethique et recherche biomédicale	228
Ethique et fin de vie	237
Conflits d'intérêt	242
Professionnalisme	249

INTRODUCTION A LA MÉDECINE LÉGALE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir le domaine de la Médecine Légale.
2. D'expliquer ce que signifie le caractère polyvalent du diplôme de docteur en médecin et les obligations déontologiques qui en découlent.
3. Enumérer les actes médico-légaux dont tout docteur en médecine peut être requis à pratiquer à la demande de la justice.
4. Préciser la mission de la Police judiciaire.
5. Expliquer le concept de « réquisition » et la « mission d'ordre médico-légal ».
6. Savoir justifier la raison pour laquelle l'enseignement de la médecine légale peut se dérouler qu'au terme du curriculum des études médicales de base (DCEM3).
7. Préciser l'objectif éducationnel de l'enseignement de la médecine Légale.
8. Expliquer les objectifs pédagogiques de l'enseignement de la médecine légale.
9. Distinguer le Droit médical, de la Déontologie Médicale et de la Bioéthique.

« Les Magistrats jugent suivant qu'on leur rapporte »

AMBROISE-PARE

1. DÉFINITIONS

QU'EST-CE LA MÉDECINE LÉGALE ?

À première vue, l'association des termes « Médecine » et « Légale » surprend.

Elle apparaît moins mystérieuse quand on se rappelle que le « juge » est chargé au nom de la Société de faire respecter les **droits de la personne humaine**, c'est-à-dire le **Droit**¹ qui est garant de l'**Ordre Public**².

Or très souvent, les **droits de la personne humaine** ont un caractère biologique. La vie entre les hommes n'est-elle pas à sa base un processus biologique ? L'organisme humain obéit à des **composantes psychosomatiques** qui commandent son existence aussi bien végétative, sociale, morale que professionnelle.

Le juge, **technicien du droit**, a donc besoin d'être éclairé sur le côté scientifique de bien de problèmes qui lui sont soumis pour que puisse être rendue une **Justice** toujours plus conforme aux **lois de la Biologie** en même temps que de la **Société**. C'est donc au **médecin-homme de l'art** – d'en apporter les bases par ses recherches et de rendre plus compréhensible la science de la vie que « **l'homme de Droit** » cherche à comprendre.

Certains auteurs se sont plu à distinguer la médecine Légale privée, la médecine légale publique, la médecine légale conseillère du Pouvoir législatif, du Pouvoir judiciaire, du Pouvoir administratif, la médecine légale judiciaire ou criminelle, la médecine légale civile, la médecine légale sociale. Ces qualificatifs semblent inadéquats, car la médecine légale n'est que la MÉDECINE.

Au cours des temps, de très nombreuses définitions de la Médecine Légale ont été données :

Pour **AMBROISE-PARE** : « La Médecine Légale est l'art de faire des rapports en Justice ».

1 Le DROIT est l'ensemble de règles de conduite qui, dans une société donnée, régissent les rapports entre les hommes. « François TERRE) ou encore « l'ensemble » des règles générales, abstraites et obligatoires qui régissent les rapports sociaux » (S. LAGHMANI & A. MEZGHANI).

2 Ordre public : cadre à l'intérieur duquel l'homme doit pouvoir naître, grandir, se reproduire, s'épanouir et mourir dans toute sa dignité, toute son intégrité physique et mentale et dans toute sa liberté.

Pour **ORFILA** : « La Médecine Légale est l'ensemble des connaissances médicales propres à éclairer les diverses questions de droit et de diriger les législateurs dans la composition des lois ».

Pour **DEVERGIE** : « La Médecine légale est l'art d'appliquer les documents que fournissent les sciences physiques et médicales à la confection de certaines lois, à la connaissance et à l'interprétation de certains faits en matière judiciaire ».

Pour **LITTRÉ** : « La Médecine Légale est l'ensemble des connaissances médicales appliquées aux questions de droit, quand il faut constater l'état de santé physique ou morale d'un individu et reconnaître les traces médicales que tel ou tel crime a pu laisser ».

Pour **TOURDES** : « La Médecine Légale est l'application des connaissances médicales et biologiques aux questions qui concernent les droits et les devoirs des hommes réunis en Société ».

Pour **GASPER** : « La Médecine Légale est l'art d'expertiser les faits des sciences médicales aux questions et à l'Administration de la Justice ».

Ces différentes définitions font ressortir, d'une façon évidente, le rôle d'auxiliaire du médecin pour la justice, mais également l'évolutivité de ses préoccupations, l'aide qu'il peut apporter au législateur, sa pénétration au sein de la Société, la garantie des droits ainsi que des devoirs des médecins envers les citoyens et entre eux.

Toutes ces données se retrouvent dans l'admirable synthèse de la définition du domaine de Médecine légale faite par le Professeur Léon DEROBERT : « **La Médecine Légale s'occupe des relations immédiates ou lointaines qui peuvent exister, à l'occasion de certaines instances juridiques ou administratives, entre des faits médicaux ou biologiques et des textes législatifs ou réglementaires concernant les personnes ou la Société** ».

Polydisciplinaire par définition, la médecine Légale est un **véritable pont** jeté entre la **pensée juridique** et la **pensée biologique**, entre l'**homme** et la **société**, entre le **savoir du médecin et sa conscience**. Ce n'est pas la médecine des morts : **c'est la médecine relationnelle des citoyens avec un médecin**.

2. LA MEDECINE LEGALE ET LE MEDECIN :

2.1. LA MEDECINE LEGALE :

La Médecine Légale joue le rôle de trait d'union entre le droit et la science. Elle ne doit méconnaître ni les principes les plus sacrés de la personne humaine, ni les textes législatifs et pas davantage **les moyens de diagnostic et de thérapeutique les plus perfectionnés susceptibles d'éclairer la Justice et/ou la Société dans les situations où elle est appelée à servir**.

La médecine Légale est l'étude de tout ce qui se rapporte au corps humain par rapport au droit que ce droit soit non écrit (droit naturel) ou qu'il soit positif ou écrit (droit public ou droit privé).

Longtemps cantonnée à l'étude des crimes et des délits et réduite à l'expertise judiciaire, la médecine légale s'est progressivement étendue depuis l'apparition des organismes d'Assurance et de Sécurité Sociale et depuis la multiplication des circonstances où le médecin doit obligatoirement donner un avis motivé sur l'état physiologique et fonctionnel d'un être humain sous l'angle de ses conséquences administratives ou judiciaires ou sociales.

2.2. LE MEDECIN :

Tout médecin, quels que soient sa spécialité ou ses goûts, entre obligatoirement dans le fonctionnement de la société. Le médecin devenu légiste, de son gré ou de par la force de la loi, participe à ce fonctionnement en application de certains éléments de droit que celui-ci soit de **droit public**, c'est-à-dire **répressif**, ou de **droit privé**, essentiellement **réparateur**.

Il participe à ce fonctionnement justement pour permettre d'apprécier si les éléments de droit ont été respectés ou non.

2.3. LA PERMISSION DE LA LOI :

La permission de la loi qui rend libre tout médecin d'exécuter des actes sur son prochain en lui évitant d'être poursuivi pour homicide, pour blessures volontaires, donne au **diplôme de docteur en médecine un caractère polyvalent**. C'est ce caractère de polyvalence qui permet au généraliste de faire de la chirurgie ou de l'obstétrique.

Mais si le caractère polyvalent du diplôme de docteur en médecine permet à toute personne qui en est titulaire d'exécuter n'importe quel acte médical, depuis le plus banal examen de malade jusqu'à l'intervention chirurgicale la plus compliquée, il est heureux que la notion du **risque** tempère l'activité professionnelle de chacun, l'audace, car le risque est différent entre le traitement d'une pneumopathie et une intervention chirurgicale, une anesthésie générale ou un massage cardiaque (art. 13 du Code de déontologie Médicale)³.

³ Art. 13 du CDM : « Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. **Toutefois un médecin ne doit jamais, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue** ».

L'expertise médicale est avant toute chose, **l'exécution d'une décision de justice** qui comprend un **geste médical**. Celui-ci s'impose à tout médecin.

Il s'impose non seulement en vertu du caractère polyvalent du diplôme de docteur en médecine, mais en fonction de certaines prescriptions légales.

Les dispositions légales prescrivent que tout médecin peut être réquisitionné. En effet, tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'autorité publique.

Ainsi donc, tout médecin, même non spécialisé en médecine légale, peut à la demande de la justice être appelé à pratiquer une autopsie judiciaire ou à donner son avis technique sur des blessures par arme à feu, ou par arme blanche ou par instrument contondant ou sur des violences sexuelles, sur l'état mental de certains individus dangereux, ou encore, sur des victimes d'intoxications volontaires ou criminelles. Puisqu'il aura donné son avis à la justice, il pourra être appelé à témoigner devant cette justice, non comme un simple témoin, mais comme expert.

2.4. IMPORTANCE DE LA CONNAISSANCE DES LOIS POUR LE MÉDECIN

« Nul n'est censé ignorer la loi, mais peu de citoyens peuvent se targuer de la connaître ».

Le médecin est un rouage nécessaire d'une société civilisée, policée et compliquée.

Il est donc obligé de connaître non seulement les **lois qui régissent sa profession, mais certains textes législatifs ou réglementaires intéressant la société**.

En effet, et pour ne citer qu'un exemple, il n'est pas indifférent à un médecin praticien, sollicité par un patient de lui délivrer un certificat d'arrêt de travail, de savoir, en cas de blessures volontaires, que la durée de l'incapacité temporaire totale de travail conditionne le **choix de la juridiction** et la **gravité de la peine** encourue par le **préssumé responsable**.

Le médecin traitant devra donc en face du patient, son « client », ne jamais oublier qu'en rédigeant un certificat, il engage la **responsabilité d'un tiers présumé responsable** et surtout **l'honneur** de celui-ci et même dans certains cas, la vie du présumé responsable.

3. LA POLICE JUDICIAIRE :

3.1. LA MISSION DE LA POLICE JUDICIAIRE :

Aux termes de l'article 9 du CPP : **la Police judiciaire est chargée de constater les infractions** (aux lois et règlements en vigueur), **d'en rassembler les preuves, d'en rechercher les auteurs et de livrer** ces derniers **aux tribunaux**...

3.2. ELLE EST EXERCÉE SOUS L'AUTORITÉ DES AVOCATS GÉNÉRAUX DES COURS D'APPEL PAR :

- Les Procureurs de la République et leurs Substituts
- Les Juges cantonaux;
- Les Commissaires de Police, officiers de police et chefs de poste de police;
- Les Officiers, Sous-Officiers et Chefs de poste de la Garde Nationale;
- Les Cheikhs;
- Les Agents de l'administration qui ont reçu de lois spéciales le pouvoir de rechercher et de constater par des procès-verbaux certaines infractions;
- Les Juges d'instruction dans les cas particuliers et exceptionnels (prévus par le CPP).

3.3. LA RÉQUISITION :

La réquisition civile est une opération par laquelle les pouvoirs publics exigent d'une personne ou d'une collectivité soit une prestation de service, soit la remise d'un bien.

Dans le cas d'un médecin, deux possibilités :

- **Réquisition collective** : en cas de guerre ou de calamité publique (accidents, naufrages, inondation, incendie); le médecin est requis de donner des soins.
- **Réquisition individuelle** :
 - en général, **flagrant délit**⁴;
 - possibilité de réquisitions diverses;
 - sans qu'il y ait réquisition à proprement parler, signalons **l'obligation de porter secours à personne en péril, dont l'absence est sanctionnée**.

⁴ *Flagrant délit* : délit évident, incontestable, très divers dont la mort violente, mort suspecte, délit sous l'influence de l'alcool...

Il s'agit de mission **d'ordre médico-légal** et non de soins.

On peut aussi être commis par **jugement** d'un **tribunal**, **arrêt** d'une **Cour ... ordonnance** d'un **Juge d'Instruction** ou d'un **Président de Cour**, **réquisition** du **Procureur de la République**, de son **Substitut** ou d'un **Officier de la Police judiciaire**.

Pour ne pas obtempérer à une réquisition, il faut avoir des raisons graves : force majeure, ou dans certains cas, médecin traitant, etc.

Le médecin requis doit être **Docteur en Médecine** (actuellement, il est en principe choisi sur une liste de Médecins-experts auprès d'une Cour d'appel). En cas d'urgence tout médecin.

Le rapport médico-légal doit être rédigé comme un rapport d'expertise :

1. Préambule rappelant la réquisition.
2. Rappel des faits.
3. Exposé de l'examen médical.
4. Discussion.
5. Conclusion.

La responsabilité du médecin requis est pénale et civile et dans certains cas, elle peut être aussi **déontologique** et **administrative**.

4. L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE LEGALE :

L'enseignement de la Médecine Légale est un enseignement dit de fondation. Il a été rendu — dans tous les pays — **obligatoire dès l'organisation de l'enseignement de la médecine.**

Les législateurs ne pensaient pas faire de tous les médecins des spécialistes de médecine légale, mais ils désiraient que chaque médecin, sollicité par la justice, par une administration ou un organisme de sécurité sociale, puisse les éclairer sur des faits particuliers dont la connaissance ne leur est pas familière.

Mais si l'enseignement de la Médecine Légale a pour objet de fournir au **futur médecin les rudiments de médecine légale judiciaire, il vise surtout à lui procurer les bases nécessaires à l'exercice de sa profession et également à l'instruire sur son rôle social.**

La Médecine Légale a pour mission sur le plan de l'enseignement :

- **De préparer aux hautes fonctions de justice sociale** — facteur de paix sociale ;
- De mettre à la disposition du médecin toutes les connaissances de l'organisation et du fonctionnement du corps social ;
- **De lui apprendre à extraire des acquisitions des autres disciplines biologiques toutes connaissances applicables à résoudre conflits ou problèmes juridiques** et, en retour, à **étudier l'application des données de la loi aux problèmes de la vie.**

Durant les années que l'étudiant en médecine a passées à la Faculté et dans les hôpitaux, ceux qui ont eu la charge de l'instruire, voulaient en faire un « **bon** » **médecin**, capable d'interroger, d'examiner, d'interpréter, de poser un diagnostic aussi précis que possible, puis de prendre des **décisions thérapeutiques**. Cet enseignement n'a qu'un but : faire de **bons techniciens**. Certes, c'est indispensable, encore plus indispensable que jadis, en raison même de la complexité croissante de la technique médicale. **Mais il se trouve que ce n'est pas suffisant, car les médecins que les étudiants seront demain n'ont pas affaire à une machine, mais à un être, certes fait d'un corps, mais avec des relations complexes entre le conscient et le subconscient, le physiologique et la liberté, le personnel et le social. La douleur et la maladie révèlent, mieux que toute autre circonstance, la réalité de cet homme total, pénétré de sa radicale contingence, mais s'interrogeant sur le sens de sa vie.**

Or, cet aspect de l'enseignement médical n'est pas du ressort de ceux qui ont dirigé les premiers pas de l'étudiant dans la profession, en dehors peut-être de quelques originaux. Pourtant, la médecine, si savante soit-elle, ne peut subsister que **si elle reste humaine**, c'est-à-dire **inspirée par la bonté par la charité**, par la **compassion** en un mot par **l'humanisme médical**.

Le jeune médecin qui commencerait à exercer sans avoir réfléchi à cet aspect essentiel de son activité, quels que soient ses qualités techniques, ses titres, ne pourrait être un « bon » médecin, c'est-à-dire celui qui sent, qui **comprend l'autre, le malade qu'il doit soigner**.

Cet enseignement ne pouvait cependant pas être donné avant que l'étudiant soit initié aux faits médicaux. Sans doute, l'étudiant en médecine ne pouvait-il comprendre les subtilités du secret professionnel ou de la responsabilité médicale et d'une manière générale, la **préséance du moral sur la technique qu'après avoir été en contact avec des faits précis relevant de la profession**.

L'enseignement de la morale professionnelle et singulièrement de la **bioéthique** est indispensable du fait de l'évolution même de la vie des sociétés, des progrès de la biologie et des technologies médicales, des rapports entre les individus, des rapports nouveaux qui ne cessent de s'établir entre des collectivités et les individus.

L'homme, tout en conservant sa liberté, son individualité, n'est plus un isolé. Il fait partie d'un groupe, d'une fratrie, d'une ethnie, qui ont une vie propre, des responsabilités, des directives morales, des bases juridiques. L'homme malade, bien que momentanément séparé, du fait de sa maladie, de son groupe, continue à vivre avec lui, à compter parmi ses membres. Le médecin se trouve en face d'un malade dont il doit diagnostiquer la maladie et qu'il doit soigner. Mais ce médecin soigne aussi un membre d'une société, d'un groupe, d'une communauté qui va demander à son adhérent de rendre des comptes.

Le médecin ne peut ignorer cette force agissante qui se faufile, comme une ombre, derrière chaque malade, sous peine de ne pas remplir complètement son rôle.

QUAND LE FUTUR MÉDECIN DOIT-IL APPRENDRE SON RÔLE ?

Lorsqu'il l'exercera ? Il sera alors trop tard et il risque de nuire et à la Société et à son patient, au même titre qu'insuffisamment instruit, il risque de nuire au malade en le traitant inconsiderablement. Il doit donc être instruit de la **dimension humaine de sa mission avant de commencer l'exercice de sa profession.**

La vie en Société est régie par des coutumes, des usages et des lois.

La morale impose à la conscience de chacun, qu'il soit ou non médecin, de régler tous ses actes, y compris ses actes professionnels, selon ses « obligations » envers lui-même, envers les autres, envers les collectivités, les communautés, envers les choses matérielles.

Le Droit médical est l'ensemble des règles posées par la société et au nom de la société pour tout ce qui touche la **profession médicale**. C'est encore la **détermination des droits et des devoirs (prévus par la loi) du médecin.**

La Déontologie formule les **règles** et les **critères** d'une **morale** basée soit sur des **usages éprouvés par le temps**, soit par des **textes juridiques**.

La Bioéthique formule des principes éthiques basés sur le respect absolu des **droits fondamentaux** de la personne humaine.

Le problème du *secret médical*, par exemple, fait partie intégrante du Droit tel que nous venons de le définir, mais le secret médical impose des règles professionnelles très particulières que le droit ignore, mais que la Déontologie et la Bioéthique ne peuvent éluder.

Le but de la médecine légale est d'apprendre aux futurs médecins les bases nécessaires à l'exercice de la profession médicale et de mettre le futur médecin en face de son rôle social, de lui faire entrevoir les grands problèmes de conscience qu'il rencontrera demain à chacun de ses actes afin qu'il y réfléchisse, d'en faire un médecin instruit sans être un inquiet, avec l'espoir non téméraire, si d'aventure il s'est égaré dans quelques voies perdues, d'en faire à nouveau un médecin honnête et consciencieux. C'est en outre d'en faire un citoyen conscient de sa participation à l'activité socio-économique de la communauté nationale et internationale dont il est membre.

DIAGNOSTIC DE LA MORT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Citer les critères de la mort cérébrale ;
2. Préciser les signes précoces, semi-tardifs et tardifs de la mort ;
3. Préciser l'évolution du cadavre ;
4. Estimer le délai post mortem par les signes cadavériques ;
5. Décrire le modèle de certificat de décès avancé par le décret n°99-1043 du 17 mai 1999 et préciser les modalités de délivrance;
6. Rédiger le certificat médical de décès chez un sujet décédé d'une mort naturelle.

INTRODUCTION

La mort est définie comme étant la cessation définitive des fonctions vitales (cardiaque et respiratoire) déterminant d'importantes lésions cellulaires et tissulaires touchant l'ensemble des organes d'une manière irréversible.

Le passage de la vie à la mort ne se fait pas à travers une frontière nette entre ces deux états puisqu'il existe une phase intermédiaire, l'agonie, de durée variable. Du point de vue médical et social, il est important de disposer de signes de la mort permettant d'éviter de déclarer décédées des personnes qui ne l'étaient pas comme ce fut le cas parfois jadis. Le diagnostic de la mort est un acte médical et la délivrance d'un certificat de décès ne peut être faite que par un docteur en médecine.

Les récents progrès de la réanimation ont enfin engendré l'apparition d'une nouvelle entité : la mort cérébrale dont le diagnostic revêt une grande importance en matière de prélèvement d'organes.

1. LES SIGNES DE LA MORT :

La mort, proprement dite, associe des signes négatifs de vie et des signes positifs de mort. Les signes négatifs de vie sont précoces, mais ont l'inconvénient d'être réversibles, devant être interprétés avec prudence. Les signes positifs de mort sont tardifs, mais leur présence affirme d'une manière irréfutable la mort.

1.1 LES SIGNES PRÉCOCES :

Ils correspondent aux signes négatifs de la vie. Ils sont incertains.

1.1.1. L'ARRÊT CARDIOCIRCULATOIRE :

Il correspond à l'arrêt de l'activité cardiaque et se manifeste par l'absence de pouls, l'absence des bruits du cœur et par un électrocardiogramme (ECG) plat. D'autres tests ont été proposés autrefois, mais actuellement délaissés tels que la cardiopuncture, l'artériotomie et le test à la fluorescéine.

1.1.2. L'ARRÊT RESPIRATOIRE :

Il se manifeste par l'absence de mouvements thoraciques respiratoires et un silence pulmonaire à l'auscultation (absence de murmure vésiculaire). D'autres tests peuvent être utilisés tels que le test du miroir et le test de la bougie.

1.1.3. L'ARRÊT DES FONCTIONS CÉRÉBRALES :

Il se manifeste par l'absence toute motricité et d'une disparition de la sensibilité générale.

Il est à l'origine d'une hypotonie généralisée (mâchoire inférieure tombante, bouche et yeux ouverts et des pupilles dilatées).

1.2. LES SIGNES SEMI-TARDIFS :

Ces signes débutent 2 heures environ après l'arrêt cardio-respiratoire.

1.2.1. LE REFROIDISSEMENT CADAVERIQUE :

L'être humain est homéotherme et fabrique de la chaleur pour garder la température de son corps constante à 37 °C. Les mécanismes de la production de la chaleur sont des mécanismes vitaux et s'arrêtent avec la mort à partir de laquelle la température corporelle chute progressivement (environ 1 °C/heure) pour arriver à un équilibre avec le milieu ambiant. La vitesse du refroidissement du cadavre est variable et dépend de plusieurs facteurs dont

- la température ambiante : plus cette température est proche de celle du corps, plus vite l'équilibre est obtenu. Dans le cas où la température du milieu est plus élevée que celle de l'organisme, la modification de la température du cadavre évolue dans le sens de l'augmentation.
- le revêtement vestimentaire : plus le revêtement vestimentaire est épais, plus lents seront les échanges thermiques entre le cadavre et le milieu ambiant.
- l'épaisseur du panicule adipeux : plus le tissu adipeux est épais, moins rapides seront les échanges thermiques.
- la cause de la mort : en cas de maladie fébrile, l'équilibre thermique est plus lent à se manifester.

1.2.2. LES LIVIDITÉS CADAVERIQUES :

La pompe cardiaque fait mouvoir la masse sanguine dans l'organisme. L'arrêt du cœur entraîne la stagnation du sang qui se trouve, à l'occasion, soumis à la seule action de la pesanteur. Le liquide sanguin s'accumule, ainsi, passivement dans les vaisseaux des parties déclives du corps en respectant les zones d'appui. En conséquence, chez un sujet à peau claire et dont le corps, après le décès, se trouve en décubitus dorsal, on distinguera une modification de la coloration de la partie dorsale du corps respectant les fesses et la partie postérieure des deux épaules. Cette modification de la teinte correspond à la coloration du sang qui en s'accumulant devient visible par translucidité. La modification post-mortem de la coloration de la peau liée à ce phénomène définit les lividités cadavériques.

La vitesse de formation des lividités est variable. De manière générale, ces lividités sont visibles à partir de la 2^e heure après la mort, devenant progressivement de plus en plus marquées pour atteindre le maximum de leur intensité à la 12^e heure. Les lividités sont dans un premier temps effaçables à la pression : un appui appliqué sur une zone de lividité chasse le sang des vaisseaux et la peau prend une teinte plus pâle par rapport aux zones avoisinantes. À la 12^e heure, et suite à la perte de l'étanchéité des parois vasculaires, le sang imbibé le tissu interstitiel et l'appui appliqué sur une zone de lividité ne peut plus déplacer le sang. À ce stade, les lividités sont dites fixes immuables.

Les lividités cadavériques renseignent sur d'éventuels déplacements ou de modification de la position du corps après la mort. Un cadavre retrouvé sur le dos et qui présente des lividités antérieures indique que le corps est resté pendant les heures qui ont suivi le décès en position de décubitus ventral. Le cadavre a été, par la suite, déplacé ou retourné alors que les lividités sont devenues fixes. Un déplacement précoce du cadavre aurait fait suivre le sang, encore confiné dans le compartiment vasculaire, vers de nouvelles zones déclives sans laisser, en théorie, de traces au niveau de l'ancienne zone de déclivité.

La teinte des lividités cadavériques peut donner des renseignements sur la cause de la mort. Des lividités de teinte rouge-carmin sont typiques d'une intoxication au monoxyde de carbone (CO). Les lividités cyanosées orientent généralement vers une cause asphyxique ou vers un décès secondaire à une pathologie cardiaque ou pulmonaire. Des lividités cadavériques claires orientent vers une cause hémorragique.

Sur le plan médico-légal, les lividités cadavériques permettent :

- de dater approximativement la mort
- d'aider à savoir si le cadavre a été déplacé
- d'orienter vers une cause de la mort (couleur et intensité)

1.2.3. LA RIGIDITÉ CADAVERIQUE :

La rigidité cadavérique correspond à un durcissement des muscles après la mort donnant au corps un aspect de statue. Ce phénomène n'est pas accompagné de raccourcissement musculaire, car, par sa nature, il est différent de la contraction des muscles. La rigidité cadavérique est due à un accrochage définitif des filaments d'actine et de myosine donnant au muscle un aspect figé. La rigidité cadavérique intéresse les muscles squelettiques et les muscles lisses. Le durcissement des muscles lisses se manifeste par un myosis passager, une défécation et une éjaculation post-mortem avec un aspect en chair de poule du fait du durcissement des muscles horripilateurs

Généralement, la rigidité commence à apparaître 3 heures après la mort. La topographie de son installation est descendante. Elle commence au niveau des muscles masséters avant d'atteindre dans l'ordre chronologique le cou, les membres supérieurs, le tronc et enfin les membres inférieurs vers la 12^e heure. Cette rigidité provoque une attitude cadavérique pratiquement identique chez tous les cadavres :

- demi-flexion des membres supérieurs ;
- extension des membres inférieurs
- hyper extension de la tête sur le tronc
- serrement des deux mâchoires
- fermeture des mains

La rigidité cadavérique commence à s'estomper à la 36^e heure selon la même topographie descendante. La disparition de la rigidité est en rapport avec l'autolyse et la putréfaction qui détruisent la structure des filaments d'actine et de myosine ainsi que les liaisons qui les unissent.

Une fois vaincue, la rigidité ne se reconstitue plus.

Sur le plan médico-légal, la rigidité cadavérique permet :

- de dater approximativement la mort
- d'aider à savoir si le cadavre a été déplacé

1.2.4. LA DÉSHYDRATATION CADAVERIQUE :

Il s'agit de la perte d'eau par évaporation. Elle est plus marquée chez le nourrisson et fait défaut chez le noyé. Cette perte en eau est plus marquée dans un climat sec et chaud. Les conséquences de ce phénomène sont :

- L'apparition de plaques parcheminées : plaques dures, résistantes, sèches, jaune brunâtre, siégeant principalement aux lèvres et au scrotum et sur les territoires érodés superficiellement ou qui ont été l'objet de pression ;
- Les modifications du globe oculaire avec hypotonie des globes oculaires, perte de la transparence cornéenne et l'apparition au niveau de l'angle externe de l'œil de la « tache noire scléroticale ».
- L'obtention, au pincement de la peau, d'un pli cutané prononcé qui peut devenir persistant.

2. LES SIGNES TARDIFS :

Au fil du temps, le cadavre va subir progressivement un certain nombre de phénomènes, dont l'autolyse, la putréfaction et la destruction par des animaux nécrophages

2.1. L'AUTOLYSE ET LA PUTRÉFACTION :

2.1.1. L'AUTOLYSE :

L'autolyse correspond à une autodigestion des cellules par leurs propres enzymes lysosomiaux. Macroscopiquement, l'autolyse se manifeste par une perte de l'architecture normale des organes. Ce phénomène est plus marqué dans certains organes tels que le pancréas, alors que d'autres organes sont plus résistants tels que l'utérus.

2.1.2. LA PUTRÉFACTION :

La putréfaction est la conséquence de la pullulation des bactéries et des champignons au niveau du cadavre. Elle est plus rapide au niveau du tube digestif et surtout le cæcum là où la flore intestinale est responsable de l'apparition de la tâche verte abdominale au niveau de la fosse iliaque droite. La tâche verte, résultat de la transformation, sous l'action des bactéries, de l'hémoglobine (de couleur rouge) en verdhémoglobine (de couleur verte), s'étend progressivement vers tout l'abdomen, le thorax puis la tête. Elle est accompagnée d'un ballonnement du cadavre secondaire à la libération de gaz putride par la flore bactérienne. Le ballonnement intéressant d'abord l'abdomen intéressera par la suite le thorax, la tête et chez les hommes, le scrotum qui devient turgescence.

La putréfaction intéresse aussi les vaisseaux. Au niveau de la peau, la transformation de la couleur du sang et le dégagement du gaz putride font apparaître le dessin des vaisseaux à la surface cutanée. Ce phénomène est appelé la circulation posthume.

L'autolyse et la putréfaction évoluent en réalité ensemble et aboutissent à une profonde modification de la physionomie du cadavre le rendant souvent méconnaissable.

La vitesse de l'autolyse et de la putréfaction varie selon :

- La température ambiante : la température élevée contribue à accélérer l'autolyse et la putréfaction. Le froid ralentit cette évolution et la congélation du cadavre l'arrête.
- L'humidité : un milieu humide favorise la décomposition du cadavre.

En cas de chaleur sèche, le cadavre se déshydrate rapidement et l'autolyse et la putréfaction sont ralenties, voire même stoppées, c'est la momification du cadavre.

- La masse pondérale du cadavre d'un sujet obèse se décompose plus rapidement que celui d'un sujet maigre.
- L'imprégnation du corps par certaines substances tel que l'alcool à l'occasion d'intoxications éthyliques ralentit la putréfaction.

2.2. LA DESTRUCTION PAR DES INSECTES NÉCROPHAGES :

Le cadavre humain constitue, comme tout autre type de cadavre, une source alimentaire pour une multitude d'insectes et d'animaux aquatiques et terrestres dits nécrophages. Certains insectes, par générations successives (escouades), sont

attirés par l'odeur du cadavre déjà en début de décomposition. C'est le cas de la mouche bleue, *Calliphora vicina*, qui peut arriver à pondre ses œufs sur le cadavre dans les premières heures du décès. L'étude du stade de développement de l'insecte trouvé et de son escouade (entomologie médico-légale) permet d'estimer l'ancienneté de la mort.

En quelques années (3 à 5 ans environ), le produit de ces attaques entraîne une disparition de toutes les structures anatomiques du corps, dont ne persistent que les os, dents, cheveux et ongles. L'inhumation du corps réduit la vitesse de sa destruction en le protégeant contre l'action de la faune nécrophage.

3. LA DATATION DE LA MORT :

Quelle que soit la méthode utilisée, l'estimation du délai post-mortem ne peut être qu'approximative. L'incertitude augmente avec ce délai.

3.1. LA MÉTHODE DE VIBERT :

Cette méthode approximative se base sur l'étude de la rigidité, des lividités, d'une estimation grossière de la température du cadavre et sur la recherche des premiers signes de la putréfaction. Les constatations sont rapportées sur le tableau suivant (tableau de Vibert modifié) qui donne une approximation du délai post-mortem.

3.2. AUTRES MÉTHODES :

On peut en citer :

- La mesure de la température rectale du cadavre grâce à un thermomètre spécialement conçu pour ce type de mesures, sur le lieu de la découverte du corps. Cette estimation reste approximative, à interpréter selon la température ambiante, la tenue vestimentaire...
- Les méthodes biochimiques dont le dosage du potassium dans l'humour vitré... méthodes toutes approximatives.

Tableau de Vibert modifié pour la datation précoce de la mort

Corps chaud, souple, sans lividités, cornée transparente, $T_p > 32^\circ$	< 2 H
Corps tiède, souple, lividités au cou, cornée poiquetée, $T_p = 30^\circ$	3 à 4 H
Corps froid, rigidité temporo-maxillaire, lividités au cou et à l'épaule, tâche bleue scléroticale, $T_p = 25^\circ$	5 à 6 H
Corps froid, rigidité du membre supérieur, lividités disparaissant à la pression, voile glaireux	6 à 8 H
Corps froid, lividités stabilisées, rigidité du tronc, tâche noire scléroticale	8 à 10 H
Corps froid, lividités indélébiles, rigidité de la tibiotarsienne	12 à 18 H
Corps froid, rigidité, cornée opaline, tâche noire scléroticale, parcheminement du scrotum	18 à 24 H
Tâche verte abdominale, phlyctènes, perte de la transparence de la cornée	36 à 48 H

4-LA MORT ENCÉPHALIQUE :

4-1 -DÉFINITION :

Il s'agit de la mort de l'encéphale accompagnée d'une survie provisoire d'organes privilégiés tels que le cœur, les poumons et les reins. Cette survie est conditionnée par l'entretien artificiel des fonctions respiratoires et circulatoires.

Elle est la conséquence de l'abolition de la circulation artérielle cérébrale à l'origine d'une anoxie cérébrale responsable d'une nécrose rapide, totale et irréversible des neurones. L'évolution se fait vers l'arrêt cardiaque définitif en 24 à 48 heures en moyenne.

La mort encéphalique affirme médicalement et juridiquement le décès de l'individu. Elle requiert donc une certitude absolue et des méthodes diagnostiques irréfutables.

Cette forme de mort est intéressante pour les prélèvements et les greffes d'organes. Le constat de décès doit être établi par deux médecins ne faisant pas partie de l'équipe qui effectuera le prélèvement et la greffe. Un procès-verbal précisant la date, l'heure, la cause et les moyens de constat du décès doit être établi et signé.

4-2 -CRITÈRES DE LA MORT ENCÉPHALIQUE :

1/LES CRITÈRES CLINIQUES DE LA MORT ENCÉPHALIQUE sont les suivants :

- Coma irréversible avec absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée et aux stimuli.
- Mydriase bilatérale, fixe, aréflexique et immobilité des globes oculaires constatée lors de la recherche du réflexe oculo-céphalique.
- Abolition de tous les réflexes du tronc :
 - réflexe cornéen
 - réflexe de toux
 - réflexe de déglutition

- Disparition totale de la ventilation spontanée.

La persistance des réflexes et des réactions de retrait d'origine purement médullaire aux quatre membres à la stimulation douloureuse peut être compatible avec le diagnostic de mort encéphalique.

2/EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Pour apporter la confirmation de la mort encéphalique d'une personne assistée par ventilation mécanique et conservant une activité circulatoire : l'un des deux critères paracliniques suivants doit être obtenu en complément des critères cliniques suscités :

Soit un **enregistrement électroencéphalique (E.E.G) plat et aréactif** (dit encore nul ou isoélectrique) d'une durée de 20 minutes. Si les circonstances de survenue ne permettent pas d'affirmer le caractère irréversible de la mort encéphalique, un deuxième enregistrement (E.E.G) doit être réalisé quatre heures après le précédent dans les mêmes conditions. Il doit être plat et aréactif.

Soit une **angiographie cérébrale**, qui objective **l'arrêt de la circulation** encéphalique.

4-3-LES CRITÈRES DE LA MORT CÉRÉBRALE CHEZ L'ENFANT :

Chez l'enfant de moins de 5 ans et en particulier chez le nouveau-né, les causes des lésions cérébrales et les mécanismes du coma sont souvent différents de ceux de l'adulte.

Bien que les critères cliniques décrits ci-dessus ont été aussi validés chez l'enfant, il faut qu'ils soient présents pendant au moins 24 heures étant donné que le cerveau de l'enfant a une capacité de récupération fonctionnelle plus grande que celle de l'adulte.

5. DIAGNOSTIC DE LA FORME MÉDICO-LÉGALE :

Sur le plan médico-légal, on distingue :

5.1. LES MORTS NE POSANT PAS DE PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL :

Ce sont les morts naturelles qui s'inscrivent dans l'ordre universel qui préside à l'existence et à la succession des êtres humains (décès par maladie ou par vieillissement).

Le médecin dans ce cas va constater le décès et délivrer à la famille un certificat médical de décès portant la mention pas d'obstacle médico-légal.

5.2. LES MORTS POSANT UN PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL :

Ce sont :

- Les morts violentes qui résultent d'un accident, d'un suicide ou d'un crime
- Les morts subites qui surviennent de façon inattendue et soudaine
- Les morts suspectes trouvent leur fondement dans le doute. Ce sont les circonstances de survenue de la mort qui la rendent suspecte. Exemple : un cadavre retrouvé sur la voie publique.

Dans tous ces cas, une autopsie médico-légale est nécessaire pour préciser les circonstances et les causes de la mort.

6. ASPECTS LÉGAUX :

Tout Docteur en médecine est appelé à constater un décès et à rédiger un certificat médical de décès. Le certificat médical de décès est un document essentiel pour déclarer le décès auprès de l'Officier de l'État Civil. Ce certificat permet de procéder aux funérailles et d'ouvrir les procédures de succession. Ce certificat ne peut être délivré que par un Docteur en Médecine.

LA LEGISLATION DE LA MORT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1 – Connaître l'importance et le nouveau modèle du certificat médical de décès.
- 2 – Connaître les conditions légales des inhumations en cas de mort naturelle.
- 3 – Connaître les conditions légales des inhumations en cas de mort violente et mort suspecte.
- 4 – Préciser la conduite à tenir du médecin appelé à délivrer un certificat médical de décès.
- 6 – Enumérer les conditions de prélèvements d'organes sur un cadavre, les interdictions et les garanties selon la loi N° 91/22 du 25 mars 1991.

I – INTRODUCTION :

La mort implique obligatoirement l'intervention d'un médecin. Il convient de rappeler, en effet, que la mort a été définie par la décision du ministre de la Santé publique du 16 octobre 1998 comme étant :

- soit l'arrêt irréversible de la fonction cardiocirculatoire;
- soit l'arrêt irréversible de toutes les fonctions encéphaliques.

Cette décision précise que «seul un docteur en médecine est habilité à constater la survenue de la mort».

Pour pouvoir établir la déclaration de décès, l'officier d'état civil doit avoir en sa possession un certificat médical attestant la mort. Ce document indispensable porte la signature qui constate le décès et le déclare.

II – LE CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS :

A – IMPORTANCE :

Le certificat médical de décès n'est pas une simple formalité médicale, il est capital et constitue à la fois :

1 – UN ACTE D'ÉTAT CIVIL :

En effet, le certificat de décès est indispensable pour l'inhumation, le permis d'inhumer étant délivré par l'officier d'état civil sur production d'un certificat médical.

2 – UN ACTE SOCIAL :

Il permet, en effet, l'ouverture de la succession et amène bien souvent les organismes assureurs à se préoccuper des ayants droit du défunt.

3 – UN ACTE MÉDICO-JURIDIQUE :

La réalisation d'un certificat de décès transforme le médecin certificateur en auxiliaire de la justice lorsque la mort lui semble violente ou suspecte.

4 – UNE SOURCE DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES :

Le certificat de décès permet de recueillir les informations sur les causes de décès, informations écrites clairement par le médecin certificateur.

B – MODÈLE DU CERTIFICAT MÉDICAL DE DÉCÈS :

Ce modèle a été fixé par le Décret N° 99-1043 du 17 mai 1999 (cf. JORT N° 43 DU 28 mai 1999).

Ce certificat se divise en deux parties dont le rôle est bien différent :

- sur la partie supérieure (nominale) utilisée pour la déclaration à l'état civil, figurent les paramètres démographiques et sociologiques du décès ainsi que quelques rubriques concernant les diverses dispositions médico-légales;
- sur la partie inférieure (anonyme), sont indiquées les causes médicales transcrites en clair par le médecin. Cette seconde partie est cachetée immédiatement après sa rédaction pour garantir le caractère confidentiel.

III – CONDUITE A TENIR DU MÉDECIN CERTIFICATEUR :

Devant un décès, deux éventualités peuvent se présenter pour le médecin qui sera appelé à le constater :

A – EN CAS DE MORT NATURELLE : (Mort ne posant pas de problème médico-légal)

Les formalités prescrites par l'état civil sont alors très simples pour pouvoir procéder à l'inhumation.

Le constat du décès en matière de mort de cause naturelle est une obligation légale et déontologique du médecin.

En effet, l'article N° 76 de loi N° 75 – 33 du 14 mai 1975 portant promulgation de la loi organique des communes exige le contrôle médical du décès « le président de la commune ne doit délivrer le permis d'inhumer, que sous la production d'un certificat de décès délivré par un médecin ».

De même, l'article N° 7 du décret N° 97 – 1326 du 7 juillet 1997 relatif aux modalités de préparation des tombes et fixant les règles d'inhumation et d'exhumation des dépouilles mortelles ou des cadavres énonce « l'inhumation ne pourra avoir lieu qu'après l'obtention d'une autorisation délivrée par le président de la collectivité locale concernée et la présentation d'un certificat médical attestant l'heure et la date du décès »

Du plus l'article N° 26 du décret N° 81 – 1634 du 30 novembre 1981 portant sur le règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du Ministère de la Santé publique précise : « les décès dans les établissements hospitaliers et sanitaires sont constatés par les médecins chefs de service ou à défaut par les médecins hospitaliers ».

Enfin, l'article N° 27 du code de déontologie médicale oblige le médecin à délivrer les certificats dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires tel le cas présent.

B – EN CAS DE MORT VIOLENTE OU SUSPECTE : (Mort posant un problème médico-légal)

Le médecin a un rôle médico-social déterminant.

Les notions de mort suspecte ou violente ont été évoquées par les textes réglementaires suivants :

- L'article N° 48 de la loi n° 57-3 du 1^{er} août 1957 réglementant l'état civil, précise que : « lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un Docteur en Médecine, aura adressé un procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur le prénom, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée ».
- L'article N° 28 du décret N° 81-1634 du 30 novembre 1981 portant sur le règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du Ministère de la Santé publique précise que : « dans les cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un hospitalisé, le Directeur prévenu par le Médecin Chef de Service avise sans délai l'autorité judiciaire, conformément à la législation en vigueur ».
- L'alinéa 2 de l'article N° 7 du décret N° 97 – 1326 du 07 juillet 1997 relatif aux modalités de préparation des tombes et fixant les règles d'inhumation et d'exhumation de dépouilles mortelles ou des cadavres stipule qu'« en cas de décès résultant de violence, d'un accident ou d'autres circonstances douteuses, l'inhumation ne peut être autorisée que conformément aux dispositions de l'article 48 de la loi relative à l'état civil ».

Ces morts posent un obstacle médico-légal à l'inhumation le médecin doit mentionner que la mort est de cause inconnue ou qu'elle pose un problème médico-légal.

Dans ces cas, une enquête judiciaire est toujours ouverte et une autopsie médico-légale est souvent demandée.

IV – DELAI DE DECLARATION DES DECES :

Le délai de déclaration des décès à domicile peut se faire jusqu'au 3^{ème} jour (article 43 de la loi relative à l'état civil).

En cas de décès survenu à l'hôpital ou dans une formation hospitalière, la déclaration doit être effectuée dans les 24 heures pour le responsable de l'établissement pour en informer l'officier d'état civil (art. 46).

V – TRANSFERT DE CADAVRES :

Le transfert des cadavres d'une commune à une autre, en dehors du cas de deux communes voisines, ne peut avoir lieu qu'après autorisation du gouverneur qui exige, entre autres, un certificat médical indiquant que la maladie qui a causé le décès n'est pas contagieuse.

En effet, l'article N° 12 du décret N° 97 – 1326 du 07 juillet 1997 précise qu'« en dehors du cas de deux communes voisines, le transfert des cadavres ne peut avoir lieu qu'après une autorisation »

1/ Du gouverneur, si le transfert du cadavre d'une commune à une autre se fait à l'intérieur du périmètre du même gouvernorat.

2/ Du gouverneur de la région du lieu de la sortie du cadavre, si son transfert se fait d'une région à une autre.

L'autorisation sera délivrée au vu des pièces suivantes :

- un extrait de l'acte de décès du défunt;
- un certificat médical indiquant que la maladie qui a causé le décès n'est pas contagieuse

Cet article précise également que « dans le cas du décès causé par une maladie contagieuse ou infectieuse, le transfert du cadavre au cimetière se fait directement de l'hôpital ou du lieu de décès ».

VI – DÉCÈS DÛ À UNE MALADIE TRANSMISSIBLE :

La maladie transmissible doit être déclarée à l'autorité sanitaire conformément à l'article N° 8 de la loi N° 71 – 92 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles qui énonce : « les causes de tout décès dû à l'une des maladies prévues à l'article 3 ci-dessus doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'article 7 de la présente loi ».

De même le transfert de tel cadavre au cimetière se fait directement de l'hôpital ou du lieu de décès (art. 12 du décret N° 97 – 1326 du 7 juillet 1997).

De plus, l'article N° 8 du même décret précédent relatif aux modalités de préparation des tombes et fixant les règles d'inhumation et d'exhumation de dépouilles mortelles ou des cadavres stipule que « l'inhumation des cadavres des personnes décédées suite à une maladie contagieuse, épidémique ou infectieuse ne peut se faire qu'en présence des services sanitaires compétents ».

VII – L'EXHUMATION D'UN CADAVRE :

Elle est réglementée par les décrets du 30 juillet 1884 (art. 8) et 26 novembre 1898 (art.1) modifiés par la loi n° 97 – 12 du 12 février 1997 relative aux cimetières et lieux d'inhumation.

L'exhumation ne peut avoir lieu qu'après autorisation du président de la commune ou sur ordre de la justice (art. 13 et 17 de la loi 97 – 12).

VIII – LEGISLATION REPRESSIVE :

À – L'INHUMATION CLANDESTINE :

- Art. 45 de la loi N° 57 – 3 prévoir des peines de 06 jours à 06 mois d'emprisonnement et d'une amende.
- Art. 18 de la loi n° 97 – 12 : emprisonnement de 1 à 6 mois et d'une amende de 100 à 500 dinars ou de l'une de ces deux peines.
- En plus, l'auteur de l'infraction encourt les peines prévues aux articles 53 et 170 du Code pénal tunisien c'est-à-dire :
 - 6 mois de prison pour celui qui enterre clandestinement, déplace ou fait disparaître un cadavre avec l'intention de cacher le décès;
 - 2 ans d'emprisonnement si le cadavre est celui d'une personne victime d'un homicide sans préjudice de l'application des règles sur la complicité.

B – L'EXHUMATION IRRÉGULIÈRE :

Art. 169 du Code pénal qui stipule : « celui qui contrairement aux règlements, exhume un cadavre enlève, déplace ou transporte un cadavre exhumé, est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende » ; s'appliquent à toute personne qui contrevient aux dispositions de l'article 17 de la loi 97 – 12 du 25 février 1997.

CERTIFICAT MEDICAL DE DÉCÈS

REPUBLIQUE DE TUNISIE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Formulaire n° 20 - 1040
31/12/1999

Préparer avant d'être remis au Service d'Etat Civil
A remplir soigneusement par le médecin

Inscrire à la rubrique ci-dessous le nom et le prénom du défunt

NOM : _____
Prénoms : _____
C. I. N. (ou autre pièce d'identité) : _____
Adresse du lieu de résidence principal : _____
Rue : _____

Localité : _____ Délégation : _____ Gouvernement : _____
N° de la carte d'identité : _____
Sexe : 1. ☐ M 2. ☐ F
Profession : _____
Date de naissance : 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 0. ☐
Nationalité : 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 0. ☐
Localité de naissance : _____ Délégation : _____ Gouvernement : _____

Le médecin en mission soussigné, certifie que le nom de la personne désignée ci-dessus, survenue le _____ à _____ heure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Contrôle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso) : ☐ Oui ☐ Non
Obligation de mise en terre immédiate (voir 3 au verso) : ☐ Oui ☐ Non
A _____ R _____ S _____ heure
Signature (NOM, Prénoms) et Cachet (obligatoire) du médecin : _____

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins : _____
Lieu d'exercice de médecine : _____
Sujet à la médecine légale ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non
Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les dispositions de _____ Article de la C. I. N. n° _____
A _____ heure du constat du décès

Formulaire n° 20 - 1040
31/12/1999

Préparer avant d'être remis au Service d'Etat Civil
A remplir soigneusement par le médecin

Inscrire à la rubrique ci-dessous le nom et le prénom du défunt

NOM : _____
Prénoms : _____
C. I. N. (ou autre pièce d'identité) : _____
Adresse du lieu de résidence principal : _____
Rue : _____

Localité : _____ Délégation : _____ Gouvernement : _____
N° de la carte d'identité : _____
Sexe : 1. ☐ M 2. ☐ F
Profession : _____
Date de naissance : 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 0. ☐
Nationalité : 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 0. ☐
Localité de naissance : _____ Délégation : _____ Gouvernement : _____

Le médecin en mission soussigné, certifie que le nom de la personne désignée ci-dessus, survenue le _____ à _____ heure est réelle et constante (voir 1 au verso).

Contrôle médico-légal à l'inhumation (voir 2 au verso) : ☐ Oui ☐ Non
Obligation de mise en terre immédiate (voir 3 au verso) : ☐ Oui ☐ Non
A _____ R _____ S _____ heure
Signature (NOM, Prénoms) et Cachet (obligatoire) du médecin : _____

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins : _____
Lieu d'exercice de médecine : _____
Sujet à la médecine légale ? 1. ☐ Oui 2. ☐ Non
Ce certificat a été délivré à la demande de la famille du défunt et rédigé selon les dispositions de _____ Article de la C. I. N. n° _____
A _____ heure du constat du décès

Partie I : Historique du défunt, maladies, ayant précédé le décès
La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale.
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____
29. _____
30. _____
31. _____
32. _____
33. _____
34. _____
35. _____
36. _____
37. _____
38. _____
39. _____
40. _____
41. _____
42. _____
43. _____
44. _____
45. _____
46. _____
47. _____
48. _____
49. _____
50. _____
51. _____
52. _____
53. _____
54. _____
55. _____
56. _____
57. _____
58. _____
59. _____
60. _____
61. _____
62. _____
63. _____
64. _____
65. _____
66. _____
67. _____
68. _____
69. _____
70. _____
71. _____
72. _____
73. _____
74. _____
75. _____
76. _____
77. _____
78. _____
79. _____
80. _____
81. _____
82. _____
83. _____
84. _____
85. _____
86. _____
87. _____
88. _____
89. _____
90. _____
91. _____
92. _____
93. _____
94. _____
95. _____
96. _____
97. _____
98. _____
99. _____
100. _____
101. _____
102. _____
103. _____
104. _____
105. _____
106. _____
107. _____
108. _____
109. _____
110. _____
111. _____
112. _____
113. _____
114. _____
115. _____
116. _____
117. _____
118. _____
119. _____
120. _____
121. _____
122. _____
123. _____
124. _____
125. _____
126. _____
127. _____
128. _____
129. _____
130. _____
131. _____
132. _____
133. _____
134. _____
135. _____
136. _____
137. _____
138. _____
139. _____
140. _____
141. _____
142. _____
143. _____
144. _____
145. _____
146. _____
147. _____
148. _____
149. _____
150. _____
151. _____
152. _____
153. _____
154. _____
155. _____
156. _____
157. _____
158. _____
159. _____
160. _____
161. _____
162. _____
163. _____
164. _____
165. _____
166. _____
167. _____
168. _____
169. _____
170. _____
171. _____
172. _____
173. _____
174. _____
175. _____
176. _____
177. _____
178. _____
179. _____
180. _____
181. _____
182. _____
183. _____
184. _____
185. _____
186. _____
187. _____
188. _____
189. _____
190. _____
191. _____
192. _____
193. _____
194. _____
195. _____
196. _____
197. _____
198. _____
199. _____
200. _____
201. _____
202. _____
203. _____
204. _____
205. _____
206. _____
207. _____
208. _____
209. _____
210. _____
211. _____
212. _____
213. _____
214. _____
215. _____
216. _____
217. _____
218. _____
219. _____
220. _____
221. _____
222. _____
223. _____
224. _____
225. _____
226. _____
227. _____
228. _____
229. _____
230. _____
231. _____
232. _____
233. _____
234. _____
235. _____
236. _____
237. _____
238. _____
239. _____
240. _____
241. _____
242. _____
243. _____
244. _____
245. _____
246. _____
247. _____
248. _____
249. _____
250. _____
251. _____
252. _____
253. _____
254. _____
255. _____
256. _____
257. _____
258. _____
259. _____
260. _____
261. _____
262. _____
263. _____
264. _____
265. _____
266. _____
267. _____
268. _____
269. _____
270. _____
271. _____
272. _____
273. _____
274. _____
275. _____
276. _____
277. _____
278. _____
279. _____
280. _____
281. _____
282. _____
283. _____
284. _____
285. _____
286. _____
287. _____
288. _____
289. _____
290. _____
291. _____
292. _____
293. _____
294. _____
295. _____
296. _____
297. _____
298. _____
299. _____
300. _____
301. _____
302. _____
303. _____
304. _____
305. _____
306. _____
307. _____
308. _____
309. _____
310. _____
311. _____
312. _____
313. _____
314. _____
315. _____
316. _____
317. _____
318. _____
319. _____
320. _____
321. _____
322. _____
323. _____
324. _____
325. _____
326. _____
327. _____
328. _____
329. _____
330. _____
331. _____
332. _____
333. _____
334. _____
335. _____
336. _____
337. _____
338. _____
339. _____
340. _____
341. _____
342. _____
343. _____
344. _____
345. _____
346. _____
347. _____
348. _____
349. _____
350. _____
351. _____
352. _____
353. _____
354. _____
355. _____
356. _____
357. _____
358. _____
359. _____
360. _____
361. _____
362. _____
363. _____
364. _____
365. _____
366. _____
367. _____
368. _____
369. _____
370. _____
371. _____
372. _____
373. _____
374. _____
375. _____
376. _____
377. _____
378. _____
379. _____
380. _____
381. _____
382. _____
383. _____
384. _____
385. _____
386. _____
387. _____
388. _____
389. _____
390. _____
391. _____
392. _____
393. _____
394. _____
395. _____
396. _____
397. _____
398. _____
399. _____
400. _____
401. _____
402. _____
403. _____
404. _____
405. _____
406. _____
407. _____
408. _____
409. _____
410. _____
411. _____
412. _____
413. _____
414. _____
415. _____
416. _____
417. _____
418. _____
419. _____
420. _____
421. _____
422. _____
423. _____
424. _____
425. _____
426. _____
427. _____
428. _____
429. _____
430. _____
431. _____
432. _____
433. _____
434. _____
435. _____
436. _____
437. _____
438. _____
439. _____
440. _____
441. _____
442. _____
443. _____
444. _____
445. _____
446. _____
447. _____
448. _____
449. _____
450. _____
451. _____
452. _____
453. _____
454. _____
455. _____
456. _____
457. _____
458. _____
459. _____
460. _____
461. _____
462. _____
463. _____
464. _____
465. _____
466. _____
467. _____
468. _____
469. _____
470. _____
471. _____
472. _____
473. _____
474. _____
475. _____
476. _____
477. _____
478. _____
479. _____
480. _____
481. _____
482. _____
483. _____
484. _____
485. _____
486. _____
487. _____
488. _____
489. _____
490. _____
491. _____
492. _____
493. _____
494. _____
495. _____
496. _____
497. _____
498. _____
499. _____
500. _____
501. _____
502. _____
503. _____
504. _____
505. _____
506. _____
507. _____
508. _____
509. _____
510. _____
511. _____
512. _____
513. _____
514. _____
515. _____
516. _____
517. _____
518. _____
519. _____
520. _____
521. _____
522. _____
523. _____
524. _____
525. _____
526. _____
527. _____
528. _____
529. _____
530. _____
531. _____
532. _____
533. _____
534. _____
535. _____
536. _____
537. _____
538. _____
539. _____
540. _____
541. _____
542. _____
543. _____
544. _____
545. _____
546. _____
547. _____
548. _____
549. _____
550. _____
551. _____
552. _____
553. _____
554. _____
555. _____
556. _____
557. _____
558. _____
559. _____
560. _____
561. _____
562. _____
563. _____
564. _____
565. _____
566. _____
567. _____
568. _____
569. _____
570. _____
571. _____
572. _____
573. _____
574. _____
575. _____
576. _____
577. _____
578. _____
579. _____
580. _____
581. _____
582. _____
583. _____
584. _____
585. _____
586. _____
587. _____
588. _____
589. _____
590. _____
591. _____
592. _____
593. _____
594. _____
595. _____
596. _____
597. _____
598. _____
599. _____
600. _____
601. _____
602. _____
603. _____
604. _____
605. _____
606. _____
607. _____
608. _____
609. _____
610. _____
611. _____
612. _____
613. _____
614. _____
615. _____
616. _____
617. _____
618. _____
619. _____
620. _____
621. _____
622. _____
623. _____
624. _____
625. _____
626. _____
627. _____
628. _____
629. _____
630. _____
631. _____
632. _____
633. _____
634. _____
635. _____
636. _____
637. _____
638. _____
639. _____
640. _____
641. _____
642. _____
643. _____
644. _____
645. _____
646. _____
647. _____
648. _____
649. _____
650. _____
651. _____
652. _____
653. _____
654. _____
655. _____
656. _____
657. _____
658. _____
659. _____
660. _____
661. _____
662. _____
663. _____
664. _____
665. _____
666. _____
667. _____
668. _____
669. _____
670. _____
671. _____
672. _____
673. _____
674. _____
675. _____
676. _____
677. _____
678. _____
679. _____
680. _____
681. _____
682. _____
683. _____
684. _____
685. _____
686. _____
687. _____
688. _____
689. _____
690. _____
691. _____
692. _____
693. _____
694. _____
695. _____
696. _____
697. _____
698. _____
699. _____
700. _____
701. _____
702. _____
703. _____
704. _____
705. _____
706. _____
707. _____
708. _____
709. _____
710. _____
711. _____
712. _____
713. _____
714. _____
715. _____
716. _____
717. _____
718. _____
719. _____
720. _____
721. _____
722. _____
723. _____
724. _____
725. _____
726. _____
727. _____
728. _____
729. _____
730. _____
731. _____
732. _____
733. _____
734. _____
735. _____
736. _____
737. _____
738. _____
739. _____
740. _____
741. _____
742. _____
743. _____
744. _____
745. _____
746. _____
747. _____
748. _____
749. _____
750. _____
751. _____
752. _____
753. _____
754. _____
755. _____
756. _____
757. _____
758. _____
759. _____
760. _____
761. _____
762. _____
763. _____
764. _____
765. _____
766. _____
767. _____
768. _____
769. _____
770. _____
771. _____
772. _____
773. _____
774. _____
775. _____
776. _____
777. _____
778. _____
779. _____
780. _____
781. _____
782. _____
783. _____
784. _____
785. _____
786. _____
787. _____
788. _____
789. _____
790. _____
791. _____
792. _____
793. _____
794. _____
795. _____
796. _____
797. _____
798. _____
799. _____
800. _____
801. _____
802. _____
803. _____
804. _____
805. _____
806. _____
807. _____
808. _____
809. _____
810. _____
811. _____
812. _____
813. _____
814. _____
815. _____
816. _____
817. _____
818. _____
819. _____
820. _____
821. _____
822. _____
823. _____
824. _____
825. _____
826. _____
827. _____
828. _____
829. _____
830. _____
831. _____
832. _____
833. _____
834. _____
835. _____
836. _____
837. _____
838. _____
839. _____
840. _____
841. _____
842. _____
843. _____
844. _____
845. _____
846. _____
847. _____
848. _____
849. _____
850. _____
851. _____
852. _____
853. _____
854. _____
855. _____
856. _____
857. _____
858. _____
859. _____
860. _____
861. _____
862. _____
863. _____
864. _____
865. _____
866. _____
867. _____
868. _____
869. _____
870. _____
871. _____
872. _____
873. _____
874. _____
875. _____
876. _____
877. _____
878. _____
879. _____
880. _____
881. _____
882. _____
883. _____
884. _____
885. _____
886. _____
887. _____
888. _____
889. _____
890. _____
891. _____
892. _____
893. _____
894. _____
895. _____
896. _____
897. _____
898. _____
899. _____
900. _____
901. _____
902. _____
903. _____
904. _____
905. _____
906. _____
907. _____
908. _____
909. _____
910. _____
911. _____
912. _____
913. _____
914. _____
915. _____
916. _____
917. _____
918. _____
919. _____
920. _____
921. _____
922. _____
923. _____
924. _____
925. _____
926. _____
927. _____
928. _____
929. _____
930. _____
931. _____
932. _____
933. _____
934. _____
935. _____
936. _____
937. _____
938. _____
939. _____
940. _____
941. _____
942. _____
943. _____
944. _____
945. _____
946. _____
947. _____
948. _____
949. _____
950. _____
951. _____
952. _____
953. _____
954. _____
955. _____
956. _____
957. _____
958. _____
959. _____
960. _____
961. _____
962. _____
963. _____
964. _____
965. _____
966. _____
967. _____
968. _____
969. _____
970. _____
971. _____
972. _____
973. _____
974. _____
975. _____
976. _____
977. _____
978. _____
979. _____
980. _____
981. _____
982. _____
983. _____
984. _____
985. _____
986. _____
987. _____
988. _____
989. _____
990. _____
991. _____
992. _____
993. _____
994. _____
995. _____
996. _____
997. _____
998. _____
999. _____
1000. _____

LES ASPECTS REGLEMENTAIRES DES PRELEVEMENTS ET TRANSPLANTATIONS D'ORGANES

1-INTRODUCTION :

Les prélèvements et la transplantation d'organes à partir d'individus vivants ou de sujets décédés constituent un des meilleurs progrès scientifiques dans le domaine thérapeutique.

Cette méthode thérapeutique a permis et ne cesse de permettre de guérir certaines maladies qui étaient connues jusqu'à là comme incurables.

Le succès de cette nouvelle technique de soin a engendré l'accroissement de la demande, mais malheureusement l'offre n'a jamais été satisfaisante.

Le prélèvement et la greffe d'organes posent des problèmes d'ordre éthique en raison de la violation de l'intégrité corporelle.

Plusieurs pays entre autres la Tunisie ont adopté une législation spécifique réglementant ces pratiques.

Le respect des principes légaux et éthiques est fondamental afin d'éviter tout abus et garantir et préserver les droits et la dignité des patients.

2- ÉPIDÉMIOLOGIE :

La première greffe qui fût réalisée est celle de la cornée aux États-Unis en 1879.

En Tunisie la première greffe de cornée a été pratiquée en 1948 (par le professeur Hédi RAIES)

Pour la greffe du rein, la première pratiquée dans le monde était faite en 1951; en Tunisie la première greffe du rein a été faite au CHU Charles Nicolle en 1986.

Concernant la greffe du cœur, la première fût réalisée en 1967 en sud- Afrique; en Tunisie la première greffe du cœur a été réalisée en 1993 à l'Hôpital Militaire.

Pour le foie, sa première greffe a été réalisée en 1993 alors qu'en Tunisie la première a été pratiquée en 1998 à l'Hôpital Sahloul de Sousse.

À noter que la greffe de cornée en Tunisie est en plein accroissement, en effet 84 ont été pratiquées en 1986 contre 564 à l'an 2000.

La greffe du rein est également en évolution en Tunisie avec 31 greffes réalisés en 1999, contre 36 en 2000.

3-TEXTES RÉGLEMENTAIRES :

- **Loi n° 91-22 du 25 mars 1991** relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains sur le cadavre et le donneur vivant.
- **Loi n° 95-49 du 12 juin 1995** relative à la création du CNPTO.
- **Lois n° 99-18 et 99-19 du 1^{er} mars 1999** relatives à la carte d'identité nationale :
- Loi n° 18 : La carte d'identité nationale peut comporter une mention « donneur », confirmant l'accord explicite à un don d'organes humains après le décès.
- Loi n° 19 : Faciliter les procédures civiles pour les gens qui choisissent de mettre la mention « **donneur** » sur la CIN et la possibilité de retirer ce consentement à tout moment.
- **Loi n° 2001-13 du 13 janvier 2001** relative à la suppression de la nécessité d'autorisation aux cliniques privées pour la greffe de cornée.
- **Décision du ministre de la Santé publique du 16 octobre 1998** relative à la définition de la mort.

4-PRÉLÈVEMENT D'ORGANES SUR CADAVRE :

4-1 -CONSTATATION DE LA MORT ENCÉPHALIQUE :

Aucun prélèvement ne peut avoir lieu qu'après constatation de la mort encéphalique qui doit être conforme à la loi 91-22 du 25 mars 1991 et à la décision ministérielle (du ministère de la Santé publique) en date du 16 octobre 1998 (cours diagnostique de la mort).

Cette mort doit être constatée par deux médecins hospitaliers ne faisant pas partie de l'équipe qui prélève ni de celle qui greffe. Ces deux médecins doivent attester la réalité de cette mort en se basant sur les critères fixés dans la décision du 16 octobre 1998.

4-2 -CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT SUR LE CADAVRE :

- Le but peut être thérapeutique ou scientifique
- L'absence de refus du sujet de son vivant ou de l'un de ses parents proches dans l'ordre suivant : les enfants le père la mère le conjoint, les frères et sœurs ou le tuteur légal.
- En cas de mineur ou d'incapable majeur, le prélèvement ne peut être effectué qu'après consentement par écrit de son tuteur légal. Le but ne peut être que thérapeutique.
- À noter que le refus de prélèvement exprimé par les membres de la famille cités plus haut doit être fait auprès de l'administration de l'hôpital.
- En l'absence de cette opposition, le consentement est présumé et le prélèvement peut être fait.

4-3 -INTERDICTIONS :

- La loi 91-22 du 25 mars 1991 a interdit le prélèvement d'organes de la reproduction (testicules, ovaires) porteurs des gènes de l'hérédité.
- De même, il est interdit de faire un prélèvement moyennant d'une contre partie financière ou d'une transaction.

4-4 -GARANTIES :

- Consentement de la famille du défunt ou au moins l'absence de son opposition (consentement présumé)
- Le constat de décès par deux médecins indépendants de l'équipe qui greffe et de l'équipe qui prélève.
- Greffe et transplantation dans des hôpitaux agréés par l'état, disposant de moyens humains et techniques nécessaires.

4-5-SANCTIONS :

- En cas d'infraction aux dispositions de l'article 3 (Consentement de la famille...) : la peine est de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de mille à deux mille dinars, en plus des peines administratives avec privation des droits civiques et de l'exercice de certaines fonctions pour une période allant d'un à cinq ans
- En cas de prélèvement dans un hôpital non agréé, les peines sont une amende de deux mille à cinq mille dinars et la fermeture de l'établissement sanitaire privé pour une période d'un à six mois.

5- PRÉLÈVEMENT D'ORGANES SUR LE VIVANT :

5-1 -CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT :

- Le but est exclusivement thérapeutique.
- Le donneur doit être majeur; jouissant de ses facultés mentales et juridiques (20 ans dans ce cas).
- Le consentement libre et solennel devant le président du tribunal.

5-2 -INTERDICTIONS :

- De prélever la totalité d'un organe vital d'une personne vivante en vue de sa greffe, même avec son consentement.
- De prélever des organes de reproduction porteurs de gènes d'hérédité
- De procéder aux prélèvements moyennant d'une contrepartie pécuniaire ou de toute autre forme de transaction.

5-3 -GARANTIES :

- Information par écrit des conséquences éventuelles de ce prélèvement sur sa propre santé aussi bien physique que psychique.
- Retrait possible du consentement à tout moment sans aucune formalité.
- Prélèvements et greffes dans des structures sanitaires publiques agréées par l'état (à l'exception de la greffe de cornée qui peut être pratiquée dans des cliniques privées).

5-4 -SANCTIONS :

Il s'agit des mêmes peines qu'en cas de prélèvement sur cadavre.

6-ORGANISATION DU PRÉLÈVEMENT ET DE LA GREFFE D'ORGANES EN TUNISIE :

À fin de mieux organiser cette pratique dans notre pays, il a été créé un Centre National pour la Promotion de la Transplantation d'Organes (CNPTO) grâce à la loi n° 95-49 du 12 juin 1995

Ce centre est entré en activité en 1997 et comporte deux conseils : un administratif et un scientifique.

Ce centre a pour mission essentiellement :

- La sensibilisation en matière de prélèvement et de transplantation d'organe, de l'importance de cette pratique pour sauver la vie des malades.
- La tenue des listes de malades demandeurs d'organes.
- La distribution des greffons avec toute transparence.
- La contribution à la formation des équipes médico-chirurgicales concernées par cette activité.

7- CONCLUSION :

Bien que l'objectif des prélèvements d'organes est de soulager et de guérir certains patients qui n'ont aucune autre alternative thérapeutique, et malgré que les prélèvements d'organes sont réglementés et bien organisés dans notre pays, nous remarquons encore, malheureusement, une certaine réticence et hésitation de la part de nos concitoyens envers ce sujet. Une meilleure sensibilisation du public dans ce domaine et une meilleure explication des objectifs et des garanties semblent améliorer l'adhésion des gens à cette activité noble.

LA LEVÉE DE CORPS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir la levée de corps
2. Préciser les différentes phases du déroulement de la levée de corps
3. Décrire les différentes phases de l'examen du cadavre
4. Préciser les apports du médecin lors de la levée de corps

INTRODUCTION :

La levée de corps est une mission médico-légale fréquente qui peut être confiée à tout médecin.

Primitivement, la levée de corps se limitait au seul examen externe du cadavre, à l'effet de rechercher si la mort était le résultat d'un suicide, d'un accident ou d'un homicide.

Mais les progrès de la criminalistique ont mis l'accent sur l'intérêt considérable des preuves matérielles, des traces révélatrices que laissent les coupables sur les lieux de leur forfait, sur le cadavre ou à côté de lui.

La recherche de ces éléments constitue l'objet essentiel de ce qu'on appelle « la constatation sur les lieux ».

1. DÉFINITION :

La levée de corps est constituée par l'acte médical de description du cadavre sur les lieux de sa découverte suite à une réquisition émanant de la police judiciaire ou avant de rédiger un certificat médical de décès.

Cet examen médical a lieu sur place et en place, c'est-à-dire avant que toute mobilisation du cadavre ait eu lieu et consiste à recueillir le maximum d'informations sur le fait et de relever tous les indices, les pièces à conviction, les empreintes, etc.

2. DÉROULEMENT DE LA LEVÉE DE CORPS :

2.1. LE TRANSPORT SUR LES LIEUX

Il doit être le plus rapide possible, car il est important pour le médecin légiste de voir les lieux en l'état au moment de la découverte du cadavre. Bien souvent les voisins, les pompiers et les services enquêteurs sont les premiers sur les lieux et ils peuvent, involontairement, modifier les éléments alentour. Ces éventuelles modifications perturbent les appréciations médico-légales qui revêtent une importance toute particulière en cas de mort criminelle ou suspecte.

Enfin, il faut penser, en cas de mort sur la voie publique, que les badauds font un attroupement témoignant d'une curiosité malsaine. A contrario, d'autres personnes peuvent être choquées d'une mare de sang ou d'un corps qui va rester plusieurs dizaines de minutes allongé par terre après le départ des services de secours, sans que, d'après elles, les services enquêteurs sur les lieux fassent mine de s'en inquiéter.

2.2. LES PREMIÈRES PRÉCAUTIONS DÈS L'ARRIVÉE SUR LES LIEUX

- s'assurer par tous les moyens habituels de la réalité et de la constance de la mort (tension artérielle, stéthoscope, éventuellement ECG portable);
- économiser ses pas afin de ne pas modifier des éventuels indices;
- inspecter les lieux pour se faire une idée globale de ce qui a pu se passer;
- ne déplacer aucun objet matériel ou humain;
- ne toucher aucun élément avec ses mains non gantées (interrupteur, poignée de porte, bouteille ou verre, mégot de cigarette, arme blanche ou arme à feu...);
- localiser les traces biologiques et notamment le sang : il faut rechercher des éléments sanguins au niveau des murs, des portes, des poignées de porte, des interrupteurs, des fenêtres, mais ne pas oublier les bas de portes et les plinthes qui sont souillés lorsque la victime a rampé en s'appuyant contre les rebords.

La description de ces tâches prend en considération :

- l'âge approximatif (de couleur rouge vif initialement puis progressivement de plus en plus sombre pour devenir noirâtre),
- l'aspect plus ou moins imprégné en fonction du support,
- l'importance, en mare, en flaque, en coulée, en traînée, en bavure, en empreintes, en imprégnation ou en taches d'essuyage.

Les prélèvements de ces traces sont presque toujours effectués par les membres de l'identité judiciaire. Cependant, le médecin légiste doit y penser systématiquement et posséder le minimum de matériel pour les effectuer en cas de besoin. Les prélèvements doivent être nombreux et plurifocaux, car le sang peut appartenir à la victime, mais également à l'agresseur.

L'identification génétique peut apporter des éléments d'information quant au déroulement des faits, lors de lutte et de déplacement des belligérants. Ces prélèvements sont effectués sur du sang frais disposé dans des tubes contenant un anticoagulant (EDTA) et conservés à 4 °C au réfrigérateur.

Les taches sont prélevées après humidification par du sérum physiologique et conservées de la même manière.

2.3. LA PRISE DE TEMPÉRATURE AMBIANTE

C'est la première tâche du médecin légiste, après s'être assuré de la réalité et de la constance de la mort.

Elle doit être immédiatement réalisée, car la température ambiante est vite modifiée par les déplacements des personnes, ainsi que par l'ouverture des fenêtres et autres portes.

2.4. LES PHOTOGRAPHIES

Les photographies par vue générale sont réalisées avant toute modification des positions du cadavre et des éléments matériels (arme à feu...), ainsi qu'à l'occasion du relevé de détails importants. La réalisation de films vidéo est conseillée lors de toute mort suspecte ou criminelle. Au cours de ces opérations, il est possible de se faire aider des agents de la force publique ou de la maréchaussée.

2.5. LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES FAITS

Ils comprennent :

- le nom et qualité de l'officier de police judiciaire;
- les renseignements administratifs de la victime;
- les circonstances de découverte (nom, qualité, heure...);
- l'intervention des services de secours (pompiers, médecin. SAMU...) et les éventuels gestes qui ont été réalisés;
- les antécédents éventuels de la victime (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques cl judiciaires);
- les données de l'entourage sur le mode et la qualité de vie de la victime;
- la date et l'heure où le sujet a été vu et/ou entendu vivant (voisin(s), ami(s), famille);
- l'existence d'une lettre d'adieu.

2.6. DÉROULEMENT DE L'EXAMEN

Il ne débute qu'après autorisation de l'officier de police judiciaire, dont la présence est donc une obligation pour commencer l'examen du corps.

Des photographies doivent être réalisées à chaque stade de cet examen et en particulier en cas de découverte d'éléments médico-légaux précieux (plaies par arme [blanche ou par arme à feu, seringue et aiguille encore fichée dans le bras...]).

*Le lieu de l'examen

Un cadavre ne doit pas être mobilisé avant d'avoir été examiné.

Si cette démarche est facile à domicile, elle impose sur la voie publique de faire barrage à la curiosité des badauds. Le corps est dissimulé à la vue des curieux en employant des bâches ou des draps tendus autour du corps, avec l'aide des services enquêteurs.

* L'éclairage :

Un bon éclairage constitue le préalable à tout examen de cadavre. Le recours à des lampes frontales type « spéléologie » permet d'avoir les mains libres en conservant une bonne visibilité. L'examen en intérieur est presque toujours possible en lumière naturelle, avec une amélioration par une lampe frontale. En extérieur, de nuit, il est parfois nécessaire d'utiliser des lumières halogènes portatives (branchées sur allume-cigare ou alimentées par un groupe électrogène).

*APPRÉCIATION DE LA POSITION DU CADAVRE

Une position anormale doit être repérée, comme par exemple une trop grande flexion de la colonne cervicale, un éloignement trop important par rapport à une chaise ou un escabeau lors d'un « suicide » par pendaison, un revolver situé à distance du corps lors d'un « suicide » par arme à feu, des pieds et des mains attachées en présence d'un corps sorti de l'eau...

***L'ÉTAT VESTIMENTAIRE**

La nature des vêtements peut apporter des renseignements quant à l'habitude de la victime, au moment de la journée où le décès a eu lieu et à la profession éventuelle...

Les conditions météorologiques et l'endroit de découverte du cadavre peuvent également laisser des traces qu'il faudra corréler (neige, boue, feuilles, brindilles...).

Les modifications de la texture et des traces en général sont des sources d'information de l'habitude, mais surtout des événements qui ont pu avoir lieu quelques instants avant le décès (traces de pneumatiques, traces de sang, de boue, de graisse, déchirures par frottement au sol, déchirures par arrachement...).

Les traces biologiques doivent être localisées, car elles sont également des sources d'information médico-légale capitale (traces de sang qui peuvent appartenir à la victime, mais également à l'agresseur, traces de sperme, cheveux, débris cutanés sous-unguéaux...).

D'autres éléments matériels peuvent se trouver accrochés aux vêtements : débris vestimentaires étrangers h In victime, traces de peinture, traces de produit de synthèse (essence, alcool à brûler).

Plusieurs précautions doivent être prises pour le prélèvement, le stockage et la conservation de ces vêtements.

- en présence de traces biologiques, l'ADN qui y est contenu est dégradé rapidement par l'humidité. Il convient donc de faire sécher à l'air libre ces vêtements pendant 30 minutes avant de les enfermer dans des sacs en papier type Kraft;
- le stockage doit se faire dans des sacs en plastique si les vêtements sont imbibés de produits volatils tels que l'essence.

***LE DÉSHABILLAGE COMPLET DU CADAVRE**

Il est préférable de déshabiller plutôt que de couper les vêtements. En effet, dans cette dernière pratique, un coup de ciseau au travers une plaie par arme blanche ou par arme à feu, peut rendre l'examen ultérieur par les services de police scientifique très difficile. Pour les familles, les vêtements portés par le défunt au moment du décès ont une valeur sentimentale parfois non négligeable, qu'il faut savoir respecter. Si le découpage des vêtements est la seule solution, il faut veiller à le réaliser au niveau des coutures.

Ce déshabillage est obligatoire et doit être complet, en enlevant également les chaussettes et les bijoux.

Les éléments matériels présents sur le corps doivent être remis aux autorités de police ou de gendarmerie (bijoux, portemonnaie, portefeuille, lunettes ou tout autre élément permettant une reconnaissance ou une confirmation d'identité ultérieure).

Les poches doivent être découpées et il n'est pas recommandé d'y plonger les mains pour les vider. Des aiguilles ou des seringues peuvent y être entreposées et blesser la main du médecin légiste.

*** L'EXAMEN DU CORPS SOUS TOUTES LES FACES**

Il faut examiner le corps sur les faces antérieures, postérieures et latérales, en prêtant une attention toute particulière au niveau du crâne, de la colonne cervicale, de la partie inférieure des seins et des orifices naturels.

Plusieurs éléments sont à relever de manière très précise :

- l'hygiène est un élément d'information de l'habitude de la victime; l'incurie peut orienter vers une personne SDF.
- Les cicatrices sont dénombrées, décrites, mesurées et positionnées; elles ont une valeur importante en cas d'identification ou de confirmation d'identification de la victime.
- Les tatouages sont décrits avec la même précision (motif, couleur, dimension et localisation). Ils constituent un excellent moyen d'identification personnelle, mais également d'orientation vers une profession, un passé judiciaire (incarcération) ou vers une origine ethnique.
- Les lésions traumatiques (hématome(s), ecchymose(s), dermabrasion(s), plaque(s) parcheminées [s]) doivent être décrites avec une grande précision (nature, topographie, dimension, couleur).
- Les plaies d'entrée et de sortie, provoquées par des armes blanches ou des armes à feu doivent aussi être situées par rapport au sol (talons) et par rapport aux fesses. Ces indications peuvent indiquer la position, assise ou debout, de la victime, lors du traumatisme.
- Les hémorragies et les traces sanglantes quelle que soit leur origine (digestive basse ou haute, nasale, buccale, auriculaire, vaginale, cutanée...) doivent être quantifiées.

Leur topographie peut orienter vers une mobilisation post-mortem du cadavre ou préciser la position du corps au moment de l'issue sanglante, le sang s'écoulant selon les lois de la gravité.

Les autres traces biologiques telles que le sperme sont recherchées au niveau de la vulve, du vagin et de la marge anale, mais également au niveau du ventre et des cuisses. En effet, il est fréquent que l'éjaculation s'effectue en dehors de la cavité vaginale, l'agresseur se retirant parce qu'il est dérangé par des tiers, ou du fait de la crainte d'une éventuelle maladie sexuellement transmissible. Ce sperme peut également être prélevé au niveau des culs-de-sac gingivaux lors d'une fellation avec éjaculation.

Ces traces de sperme doivent également être recherchées sur les vêtements de la victime (soutien-gorge, slip, pantalon,

tee-shirt, pull...), sur les draps, les couvertures, voire le sol. Les vêtements doivent être placés sous scellés dans des sacs en papier opaque, après séchage à l'air ambiant pendant 30 minutes. Ils sont stockés dans les mêmes conditions que les taches de sang.

La salive est un matériel biologique qui doit aussi être recherché, même si on n'y pense pas spontanément. Elle peut être présente sur des éléments matériels tels qu'un mégot de cigarette, un stylo, une enveloppe, un timbre, le bord externe d'un verre. Il le peut être présente également sur la verge lors d'une fellation. En se desséchant, elle prend un aspect jaunâtre ou translucide. Les conditions de prélèvement et de stockage de la salive sont identiques à celles des autres taches biologiques.

Nous rappelons aussi le rôle et l'importance des cheveux, des poils pubiens et axillaires sur lesquels peut être appliquée la technique des empreintes génétiques (à condition que le bulbe soit présent). Ces phanères peuvent aussi renseigner sur le passé toxicologique d'un sujet et confronter ce profil avec celui des suspects. La conservation se fait dans des tubes secs, à température ambiante.

- Les traces de vomissements doivent être notées, elles doivent être recherchées au niveau de la bouche, mais aussi au niveau des oreillers, du matelas et du sol. Elles sont un bon élément en faveur de certains décès d'origine toxique (médicamenteux, monoxyde de carbone...). Elles s'observent aussi lors de certains malaises d'origine cardiaque.
- La prise de température intrarectale s'effectue à la fin de l'examen en prenant soin de noter l'heure de la prise et après avoir vérifié l'absence de lésion au niveau de la marge anale.

L'EXAMEN DES ALENTOURS

- La recherche d'une arme à feu ou d'une arme blanche est une priorité après l'examen externe. L'appartement doit être minutieusement vérifié, en présence des services de police.
Il faut rechercher toutes les douilles et les projectiles qui ont été tirés en s'assurant de la concordance entre le nombre de douilles et le nombre d'impacts (sur la victime et sur les éléments mobiliers). Un examen minutieux des armoires et des murs est de rigueur.
- La recherche d'emballages vides de médicaments ou d'autres produits domestiques doit être systématique. Cette recherche doit permettre de quantifier la dose de chaque produit susceptible d'avoir été absorbé par la victime.
Tous les noms des médicaments pris habituellement par les défunts doivent être relevés, ceci permettra lors de l'autopsie de donner des indications très précises au toxicologue chargé de l'analyse qualitative.

LA RÉDACTION DE LA FICHE DE LEVÉE DE CORPS

C'est la dernière formalité effectuée par le médecin légiste qui s'est fait, après plusieurs dizaines de minutes passées sur les lieux, une idée plus ou moins précise des circonstances et du déroulement supposé des faits. Il possède alors tous les éléments pour rédiger sa feuille de levée de corps et peut signer le certificat de décès en toute connaissance de cause.

Le délai post-mortem est évalué selon les méthodes thermographiques.

La cause présumée du décès est énoncée en fonction de tous les éléments de l'enquête médico-légale.

LA RÉDACTION DU CERTIFICAT DE DÉCÈS

En fonction des éléments de l'enquête de police ou de gendarmerie, des recherches effectuées par le médecin légiste, des résultats de la levée de corps, de la cause supposée du décès et de la qualification en mort naturelle, violente, suspecte ou criminelle, le certificat de décès sera signé avec ou sans obstacle médico-légal à l'inhumation.

En présence d'une mort violente, suspecte ou criminelle, le médecin légiste doit signer en obstacle médico-légal à l'inhumation.

Dans certains cas de mort naturelle, il convient également de signer le certificat de décès en obstacle médico-légal; ceci est en particulier le cas des morts pouvant poser un problème de responsabilité médicale.

3. LES APPORTS DU MÉDECIN LÉGISTE

En présence d'un cadavre, le médecin légiste va apporter son concours à la justice et va devoir répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'identité du défunt ?
- Quelle est la cause médicale du décès ?
- Quel a été le mécanisme supposé du décès ?
- Quelle est la qualification de la mort (naturelle, violente, suspecte) ?
- Quel est le délai post-mortem
- Peut-on craindre un déplacement post-mortem du cadavre ?
- La victime a-t-elle pu se déplacer après un coup porté par une arme à l'eu ou une arme blanche ?
- Quel est le coup qui a été fatal et quel est le nombre de coups portés ?

CONCLUSION :

Un médecin appelé pour une levée de corps donne, au terme de ses investigations, une cause présumée du décès et confirme son caractère suspect ou non (mort violente, suicidaire ou criminelle). Il délivre un certificat de décès en notifiant s'il y a ou non lieu de mettre un obstacle médico-légal à l'inhumation. On rappelle que c'est le procureur de la République qui prend la décision de la réalisation d'une autopsie, après avoir eu en sa possession les comptes-rendus des enquêtes des officiers de police judiciaire et le rapport de levée de corps du médecin.

DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DE LA MORT SUBITE DE L'ADULTE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Décrire les caractéristiques de la mort subite de l'adulte ;
- Poser le diagnostic positif d'une mort subite de l'adulte ;
- Etablir une démarche médico-légale pour l'exploration d'une mort subite de l'adulte ;
- Déterminer l'étiologie de la MSA sur la base des données de l'autopsie et des examens complémentaires ;
- Distinguer la mort subite des autres types de mort ;
- Adopter une stratégie médico-légale adéquate devant un cas de mort subite.

PLAN :

1. Introduction
2. Facteurs de risque
 - 2.1. Facteurs de risque non modifiables
 - 2.2. Facteurs de risque modifiables
 - 2.3. Circonstances favorisant la MS
3. Diagnostic positif
 - 3.1. Anamnèse
 - 3.2. Levée de corps
 - 3.3. Autopsie
 - 3.4. Examens complémentaires
4. Diagnostic étiologique
 - 4.1. Mort subite organique
 - 4.1.1. Pathologies cardiovasculaires
 - 4.1.2. Pathologies pulmonaires
 - 4.1.3. Pathologies cérébro-méningées
 - 4.1.4. Pathologies digestives
 - 4.1.5. Pathologies endocriniennes
 - 4.1.6. Pathologies gynéco-obstétriques
 - 4.2. Mort subite fonctionnelle
 - 4.2.1. En présence d'un état pathologique
 - 4.2.2. Essentielle
5. Formes particulières
 - 5.1. Mort subite et travail
 - 5.2. Mort subite et activité sportive
6. Diagnostic différentiel
 - 6.1. Mort et intervention du médecin
 - 6.2. Mort et traumatisme
7. Conclusion

1. INTRODUCTION

La mort subite (MS) se définit comme étant une mort naturelle, qui survient de façon inopinée chez un sujet en bon état de santé apparent dans un délai inférieur à une heure après l'apparition des symptômes éventuels c'est-à-dire après une agonie brève.

De cette définition découlent 3 caractères importants :

C'est une mort naturelle : secondaire à une pathologie ne mettant en cause aucun élément extérieur condamnable. Cela exclut donc toutes les morts traumatiques ou toxiques que ce soit accidentel, criminel ou suicidaire. Le caractère naturel ne peut être apporté qu'à la suite d'une autopsie complète assortie d'examens complémentaires.

Survenant chez une personne en bonne santé apparente : cela suppose que le sujet peut être sain ou bien peut être porteur d'une pathologie n'engendrant pas un risque de mort rapide, ou bien il peut être atteint de lésions importantes, mais méconnues. Quoi qu'il en soit, il existe une disproportion flagrante entre l'état de santé et la mort.

L'agonie est de courte durée : expliquant le caractère instantané ou extrêmement rapide de la survenue de la mort, survenant donc contre toute attente.

Les caractéristiques de la MS en font donc une mort éminemment suspecte aux yeux de tous, expliquant souvent son exploration dans un cadre médico-légal. En effet, une expertise médico-légale est demandée par la justice afin de préciser le caractère naturel ou non de cette mort.

C'est ainsi qu'un médecin sera requis afin de procéder aux examens nécessaires pour établir la cause et les circonstances du décès. Tout médecin peut être sollicité à cet effet. Le médecin qui constate la MS doit cocher la case **obstacle médico-légal** à l'inhumation sur le certificat médical de décès afin de déclencher la procédure judiciaire.

Seule l'autopsie, assortie d'examens complémentaires, peut préciser la cause de la MS et éliminer l'intervention d'un facteur extrinsèque.

2. FACTEURS DE RISQUE

2.1. FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES

Essentiellement le sexe, l'âge, le rythme circadien et saisonnier et l'hérédité.

- La MS est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (sex-ratio = 3.75).
- La MS augmente avec l'âge, plus fréquente à partir de 50 ans avec une moyenne d'âge plus élevée chez les femmes (différence de 2 à 8 ans).
- **Rythme circadien et saisonnier** : Classiquement la MS est plus fréquente le lundi (jour de la reprise du travail), mais chez la population tunisienne la MS est plus fréquente le week-end (32 %). La distribution nycthémérale dépend de l'âge : les jeunes de moins de 40 ans décèdent entre minuit et 06 heures et les sujets âgés de plus de 40 ans entre 12 et 18 heures. Concernant le rythme saisonnier, la MS est plus volontiers fréquente en hiver (31 %) et à des températures inférieures à 15 degrés.
- **L'hérédité** : la MS d'un parent augmente le risque de 2 alors que la MS des deux parents augmente le risque de 10. En plus, plusieurs pathologies héréditaires sont à l'origine de MS notamment chez les jeunes comme les cardiomyopathies, les canalopathies.

2.2. FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES

- **La sédentarité** est un facteur de risque bien établi des maladies cardio-vasculaires (82 % au nord de la Tunisie).
- Le tabac est un facteur de risque majeur. Il augmente le risque de MS de 5 à 10 fois. Très fréquente chez la population tunisienne (78 %) et touche surtout les sujets jeunes.
- **Le syndrome métabolique** : l'association obésité, HTA, diabète et dyslipidémie constitue le syndrome métabolique, plus fréquent chez la femme et expose à un risque important de MS (fréquence : 33 %, 30 %, 26 % et 9 %).
- **L'alcool** (13 %) : notamment une consommation excessive (incidence de MS triplée chez l'alcoolique d'âge équivalent)

2.3. CIRCONSTANCES FAVORISANT LA MS

- **Les situations de stress** (19 %) : les catastrophes naturelles, la mort d'un proche, la grande colère, la peur ou la joie exagérée suscitent des émotions intenses à l'origine d'arythmies ventriculaires par stimulation du système nerveux autonome.
- **L'activité physique et sportive** : normalement protectrice, mais peut favoriser la MS quand elle est inadaptée chez une personne ayant des antécédents de pathologies cardiovasculaires, respiratoires ou neurologiques. Plusieurs cardiopathies congénitales se révèlent par une MS au cours d'une activité physique.

3. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif de la MSA nécessite des investigations médico-légales soigneuses incluant l'analyse de l'histoire clinique ante-mortem, la levée de corps, une autopsie complète suivant un protocole rigoureux et des examens complémentaires systématiques.

3.1. ANAMNÈSE

Indispensable dans l'élaboration du diagnostic de MS. Ils peuvent être relevés des PV de la PJ, de l'interrogatoire des proches, des dossiers médicaux éventuels et doivent concerner :

- les antécédents médicaux personnels et familiaux du décédé (MS dans la famille);
- la notion de traitements suivis (comparaison avec les résultats d'éventuels analyses toxicologiques) ou de consultation récente;
- les habitudes et les facteurs de risques : tabac, alcool, sédentarité, situation de stress récente...
- les renseignements relatifs aux circonstances du décès. C'est ainsi que sont précisés :
- le lieu, l'heure et le jour de la découverte du corps;
- l'heure du dernier contact vivant;
- l'aspect du corps lors de la découverte : coloration, position, tonus, rejets par le nez et/ou la bouche;
- notion d'intervention médicale et la nature des gestes effectués et les médicaments administrés lors des secours;
- la symptomatologie avant le décès.

3.2. LEVÉE DU CORPS

L'examen du corps en place et sur place avec examen minutieux des lieux. Elle doit être soigneuse à la recherche de tout signe ou indice si minime qu'il soit afin d'éliminer une mort traumatique ou une mort toxique (désordre des lieux, médicaments, produits toxiques ou armes).

- La prise de la température ambiante et du corps (rectale) afin d'estimer l'intervalle post mortem;
- préciser la position du corps;
- Les signes de la mort : lividités (intensité, localisation, ancienneté, compatibilité avec la position), rigidité (topographie et stade);
- L'examen des vêtements sur le corps;
- Inspection du corps sur toutes ses faces à la recherche de tout signe particulier (cyanose, vomissures, écume mousseuse, morsure de la langue, perte d'urines ou de selles) ou d'éventuelles lésions traumatiques.

L'examen externe du corps sera complété à la salle d'autopsie après déshabillage complet.

3.3. AUTOPSIE

Elle doit être rigoureuse et complète, veillant à explorer chaque organe in situ puis après prélèvement avec pesée. Une attention particulière doit être portée à l'examen du cœur avec dissection des artères coronaires, des cavités cardiaques selon le flux sanguin et un examen des valves puis en fin pesée.

Toutes les lésions doivent être bien précisées selon un protocole standard et consignées par écrit. Les faits négatifs de valeurs doivent également être notés.

Des photos sont prises lors de l'autopsie pour documenter les lésions expliquant le décès.

3.4. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils sont indispensables notamment lorsque la macroscopie n'a pas pu apporter des renseignements suffisants pour expliquer clairement la mort.

- **Histologie** : Des prélèvements de fragments d'organes doivent être effectués de façon systématique en vue d'examens histologiques. Les lésions pathologiques doivent être prélevées pour confirmation histologique. En cas d'autopsie sans spécificité, une systématisation des prélèvements est obligatoire avec prélèvement au niveau des principaux organes (cœur, cerveau, poumons, rein et foie).
- Des échantillons du contenu gastrique et de liquides biologiques (sang, urines...) sont recueillis pour analyses toxicologiques. Le bilan toxicologique est indispensable même en présence d'une cause possible du décès pour éliminer une intoxication associée ou à l'origine de lésions mortelles (exemple : intoxication à la cocaïne à l'origine un infarctus du myocarde).
- Des examens biochimiques (à la recherche de troubles métaboliques, ou de désordres hydroélectrolytiques notamment si l'intervalle post mortem est court),
- Des prélèvements pour étude bactériologique et virologique (sang, LCR...) peuvent aussi être pratiqués selon l'orientation diagnostique.
- Des prélèvements de sang ou du tissu myocardique avec congélation peuvent être réalisés pour étude génétique notamment en cas de MS chez les jeunes (à la recherche de mutations prédictives de certaines pathologies notamment cardiaques).

4. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Après un examen macroscopique confronté aux données de l'enquête et aux résultats des examens complémentaires, les MS peuvent être classées en : organique ou fonctionnelle.

4.1. MS ORGANIQUE

Ce sont les cas où on retrouve une cause organique expliquant la mort (incompatible avec la vie) et son caractère subit.

4.1.1. PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

Elles représentent entre 64 % à 76 % des MS selon les statistiques du service de Médecine Légale de Tunis et restent dominées par la pathologie coronaire.

a- Pathologie coronarienne (52 % des cas de MS Cardiaque) :

L'étiologie principale est l'**athérosclérose**. Mise en évidence par des coupes sériées des artères coronaires. On peut trouver des sténoses significatives (obstruant plus de 75 % de la lumière) ou serrées (obstruant plus de 90 % de la lumière) siégeant le plus souvent au niveau de l'artère interventriculaire antérieure (IVA) (84 %), des plaques compliquées (fissurées, hémorragiques) voire un thrombus frais obstruant totalement la lumière de l'artère (35 % des cas). Au niveau du myocarde les lésions macroscopiques apparaissent 6 à 8 heures après le début de l'ischémie sous forme de zones de nécrose hémorragique systématisée (45 % des cas) voir d'une rupture de la paroi libre du Ventricule Gauche (VG) (4 %), dans ce cas un hémopéricarde est retrouvé à l'ouverture de la cavité péricardique. Des signes de nécrose semi-récente ou ancienne peuvent être retrouvés (zone de myocarde de couleur jaune chamois ou blanchâtre).

Le diagnostic précoce de lésions myocardiques peut être fait par dosage de la Troponine Ic dans le liquide péricardique ou par immunohistochimie par la mise en évidence de la fraction terminale C9 du complément (libérées par les myocytes nécrosés).

Plus rarement, la pathologie coronaire est en rapport avec :

- **Un pont myocardique** (anomalie congénitale, définie comme étant un segment d'artère coronaire recouvert, dans son trajet épicaudique, par une bande myocardique, venant ainsi former un « pont » par-dessus cette artère, à l'origine d'une compression systolique de la coronaire. Ce segment intra myocardique mesure environ 1 cm de long et doit être, pour être significatif, surmonté d'une épaisseur de myocarde supérieure à 0,5 cm).

- **Une anomalie de connexion proximale des artères coronaires** : anomalies congénitales correspondent à une naissance puis à un trajet anormal d'une coronaire principale. La malformation la plus fréquente, impliquée dans la MS, est la naissance anormale du tronc commun de la coronaire gauche du sinus de Valsalva droit avec pour conséquences une angulation très aiguë du trajet initial de l'artère juste après l'origine et un passage (avec possibilité de compression) entre l'aorte en arrière et l'artère pulmonaire en avant.

Ces 2 anomalies se révèlent surtout chez les jeunes décédés au cours d'un effort physique.

- Dissection coronaire : rare souvent dans les cas de vascularite (Kawasaki).

b- Cardiomyopathies (24 % des MSC)

b1- Cardiomyopathie hypertensive (9 %) : l'ensemble des manifestations liées aux changements anatomiques cardiaques, qui accompagnent l'élévation chronique de la pression artérielle systolique et diastolique. L'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) est le prédicteur le plus puissant des complications cardiovasculaires de l'HTA. Dans le court terme, l'épaisseur de la paroi augmente proportionnellement à l'augmentation de pression contribuant ainsi à vaincre la post-charge du VG. À long terme, l'évolution se fait inéluctablement vers l'aggravation et l'installation d'une insuffisance cardiaque (IC). L'IC secondaire à l'HTA est un problème de santé publique notamment chez les patients hypertendus non suivis ou bien mal observant du traitement. La cause du décès au cours de la cardiomyopathie hypertensive peut être très variée et peut être secondaire à l'insuffisance cardiaque systolique, l'OAP ou des troubles de rythme.

b2- Cardiomyopathie hypertrophique (4 %) : cause fréquente de MS chez le sujet jeune de moins de 35 ans. C'est une pathologie primitive du muscle cardiaque d'origine génétique et répondant à un mode de transmission autosomique dominant avec une pénétrance variable. La MS est la première manifestation clinique de la maladie chez plus de 50 % des cas. Plusieurs formes de CMH existent. Mais elle est typiquement asymétrique prédominant sur le septum interventriculaire et peut impliquer le ventricule droit.

Le diagnostic est évoqué devant des antécédents familiaux de CMH ou de MS, des antécédents de syncope d'effort, des ondes Q de pseudo nécrose et des troubles de rythme à l'ECG de repos et un test génétique positif.

Le diagnostic autopsique d'une CMH est porté devant l'association de plusieurs critères :

- un cœur pesant plus de 400 grammes chez l'homme et 350 grammes chez la femme ;
- une épaisseur pariétale > 15 mm chez l'homme et > 12 mm chez la femme ;
- une hypertrophie asymétrique du ventricule gauche prédominant sur le septum interventriculaire avec une cavité ventriculaire de taille normale ou diminuée ;

L'examen histologique retrouve une hypertrophie des myocytes, une fibrose myocardique avec une inadéquation vasculaire, et surtout une désorganisation tissulaire et cellulaire (myocardial disarray).

Une fois le diagnostic autopsique est posé une enquête familiale est obligatoire pour prévenir d'autres cas de MS. chez le sportif, un bilan toxicologique est obligatoire pour éliminer une CMH secondaire à la prise de stéroïdes anabolisants.

b3- Cardiomyopathie dilatée (7 %) : CMD primitive se caractérise par une dilatation ventriculaire d'origine hétérogène et multifactorielle (cavité ventriculaire > 4 cm au niveau des muscles papillaires). Cette dilatation du ventricule gauche ou biventriculaire est associée à une altération de la fonction systolique. Elle d'une origine familiale et/ou génétique dans 20 à 35 % des cas avec différents modes de transmission peuvent se rencontrer. La CMD acquise peut être d'origine virale, immunologique, toxique, métabolique ou alcoolique.

b4- Dysplasie du ventricule droit arythmogène (DVDA) (4 %) : cardiomyopathie du ventricule droit caractérisée par une dégénérescence fibroadipeuse progressive de la paroi myocardique. Elle entraîne une dilatation ventriculaire droite, localisée puis diffuse, et tardivement des manifestations d'insuffisance cardiaque.

Le mode de transmission est autosomique dominant avec une pénétrance variable de 20 à 50 %. Elle est classiquement découverte pendant l'adolescence ou chez l'adulte jeune. La MS est la première manifestation de la maladie dans 71 % des cas, survenant fréquemment durant l'effort. Le diagnostic est évoqué devant des antécédents familiaux de DVDA ou de MS, des antécédents de syncope d'effort et des troubles de conduction localisés du VD à l'ECG. Le diagnostic autopsique est évoqué devant la présence d'une dilatation du VD, amincissement des parois qui sont infiltrées par un tissu adipeux avec des plaques de fibrose. La confirmation est histologique; coexistence de fibres myocardiques saines avec d'autres, partiellement dégénérées, situées au sein d'un tissu adipeux important « le myofat ».

Une fois le diagnostic autopsique est posé une enquête familiale est obligatoire pour prévenir d'autres cas de MS.

b5- Myocardite : maladies myocardiques inflammatoires s'accompagnant d'une dysfonction ventriculaire. Elle est souvent virale. Son évolution pouvant être silencieuse. La myocardite est une cause non négligeable de MS chez l'adulte de moins de 40 ans. Son diagnostic est difficile : le myocarde est d'aspect macroscopique normal. Les lésions histologiques (infiltrat de cellules inflammatoires à prédominance mononucléaire) ne sont pas réparties uniformément sur le myocarde, donc pour pouvoir affirmer le diagnostic il faut avoir effectué au moins 10 prélèvements étagés sur les différentes parois. Le décès est secondaire à une atteinte du système de conduction ou par destruction diffuse du myocarde.

c/ Les valvulopathies : deux pathologies sont pourvoyeuses de MS.

- **Rétrécissement aortique (RAo) :** Le périmètre de l'orifice aortique mesure normalement 8 cm. On parle de RAo lorsqu'il est réduit à 7 cm et ce rétrécissement est dit serré à partir de 6 cm. Il s'agit essentiellement RAo post rhumatismal avec à l'autopsie un rétrécissement par fusion des commissures avec un important remaniement valvulaire. Les sténoses aortiques serrées méconnaissent la MS de sujets jeunes au cours d'efforts sportifs.

- **Prolapsus de la valve mitrale :** correspond à des lésions mitrales importantes, responsables d'une insuffisance mitrale sévère : les valves sont volumineuses, épaissies, opaques, avec parfois des zones amincies et translucides. Elles sont de consistance molle, gélatineuse, redondantes par excès d'étoffe (floppy mitral valve). Elles bombent anormalement dans l'oreillette gauche en systole (ballonnisation), leur bord libre débordant le plan de l'anneau (prolapsus). Histologiquement, la valve est infiltrée de substances mucoïdes.

d/Dissection aortique (3 %) : l'issue brutale, à travers une brèche de la partie interne de la paroi aortique, de sang sous pression, disséquant la paroi longitudinalement le long de la média et aboutissant à la constitution de deux chenaux circulants, séparés par une membrane flottante. Toutes les dissections peuvent saigner de façon inopinée, dans le péricarde et le médiastin, la plèvre gauche ou l'abdomen. Quand elle concerne des sujets jeunes, elle survient essentiellement sur des aortes fragilisées par des affections dystrophiques héréditaires telles le syndrome de Marfan et la coarctation de l'aorte.

e/ Péricardite et endocardite

- Il s'agit essentiellement de péricardite purulente à staphylocoque aureus méti-S ou pneumocoque. Un foyer infectieux doit être recherché telles une pneumopathie ou une otite. La mort est secondaire à une tamponnade cardiaque par le liquide purulent.

- L'endocardite infectieuse est caractérisée par des lésions ulcérovégétantes liées à la greffe sur l'endocarde valvulaire (ou sur une prothèse orificielle d'un microorganisme, le plus souvent bactérien (staphylocoque chez le porteur de prothèse et le toxicomane ou streptocoque d'origine dentaire). La mort est secondaire aux mutilations valvulaires responsables de fuites valvulaires sévères pouvant mener à l'ICA et à la MS.

4.1.2. PATHOLOGIES PLEUROPULMONAIRES (10-12 %)

a/ Embolie pulmonaire (7 %) : cause fréquente de MS. Le diagnostic de l'EP est cliniquement difficile à établir et la majorité des cas passent inaperçus et sont de découverte autopsique. Les facteurs de risque de l'EP sont les traumatismes du petit bassin, les chirurgies récentes, les cancers, l'obésité, le post-partum et la contraception hormonale. Sur le plan autopsique, on retrouve des embols fibriocruoriques, organisés, stratifiés et adhérents à la paroi vasculaire (en différence avec les embols post mortem qui sont luisants et n'adhèrent pas à la paroi). Ces thrombus sont retrouvés lors de la dissection des branches de division des AP. La TVP est retrouvée dans environ le tiers des cas à l'autopsie, au niveau des veines iliaques, et jusqu'à 90 % dans les veines surales. L'EP tue encore beaucoup alors qu'elle peut bénéficier, en théorie, en premier lieu d'une prévention et en second lieu d'un traitement efficace.

b/ Asthme : surtout quand il est grave et non contrôlé. La mort survient dans un contexte de bronchospasme sévère associé à un syndrome inflammatoire. Le diagnostic post mortem se base sur l'aspect macroscopique des poumons qui sont

distendus, remplissant la cage thoracique débordant sur le cœur avec des empreintes de côtes à leur surface et la présence de bouchons muqueux dans la lumière des bronches.

L'histologie montre un épaississement de la membrane basale des bronches, une hyperplasie des fibres musculaires lisses de la paroi des bronches, et un infiltrat inflammatoire riche en PN éosinophile.

c/ Infections pleuropulmonaires : Les pneumonies et les broncho-pneumonies surtout chez les sujets tarés.

d/Tumeurs pulmonaires : ATCD de tabagisme. Décès dans un tableau d'insuffisance respiratoire ou d'hémoptysie.

4.1.3. PATHOLOGIES CÉRÉBRO-MÉNINGÉES (4 À 6 %)

a/ Épilepsie : décès, avec ou sans témoin, non traumatique et en dehors d'une noyade, d'un épileptique, ayant présenté une crise ou état de mal épileptique. Il s'agit le plus souvent de sujets jeunes, la tranche d'âge 15-35 ans étant la plus touchée. Plusieurs mécanismes peuvent entraîner la mort : asphyxie par bascule de la langue ou par absence des mouvements respiratoires, arrêt cardio-respiratoire d'origine centrale, troubles sympathiques, un OAP neurogénique. L'examen cherche une morsure de la langue ou des lèvres, une incontinence, une chute complète ou partielle du lit. L'autopsie peut retrouver le foyer épileptogène dans 50 % des cas. L'examen toxicologique peut s'avérer nécessaire en montrant l'absence d'antiépileptique dans le sang ou un sous-dosage.

b/ Hémorragie cérébro-méningée : s'observe chez le sujet jeune après une rupture d'un anévrysme d'un vaisseau du polygone de Willis (taille > à 1 cm, communicante antérieure), d'une malformation artérioveineuse (artère cérébrale moyenne).

Les AVC hémorragiques concernent les sujets âgés, aux antécédents d'HTA.

c/Méningites : rares. Il faut chercher une porte d'entrée (otite...).

d/ Tumeurs cérébrales : Exerçant un effet de masse sur le cerveau avec risque d'engagement des amygdales cérébelleuses et compression bulbaire.

4.1.4. PATHOLOGIES DIGESTIVES

Elles représentent 1 à 14 % des cas de morts subites chez l'adulte selon les séries.

a/ Hémorragies digestives : Peuvent être secondaires à plusieurs étiologies comme l'ulcère perforé, les tumeurs du tractus digestif, les varices œsophagiennes du syndrome d'htp, la rupture spontanée de la rate (secondaire à une leucémie ou à un paludisme), la rupture d'anévrysme splénique ou de l'aorte abdominale.

b/ Péritonites : par perforation digestive (ulcère, appendicite, OIA compliquée).

c/ Rupture d'un kyste hydatique : du foie, de la rate ou du péritoine dans la cavité abdominale ou dans un vaisseau entraîne souvent un choc anaphylactique mortel.

d/ Pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique : À l'autopsie, on observe une nécrose hémorragique du pancréas avec des lésions de cytotéatonecrose péritonéales « taches de bougies ».

e/OIA : spontanée, sur bride ou une affection préexistante (tumeurs).

f/ Infarctus iléo mésentérique : À l'autopsie, on découvre une portion intestinale d'aspect noirâtre en rapport avec la nécrose systématisée.

4.1.5. CAUSES ENDOCRINIENNES

a/ Diabète : Peut être la cause d'une mort subite par hyper ou hypoglycémie majeure. L'utilisation simultanée de plusieurs marqueurs biochimiques permet d'établir les causes de la mort par acidocétose diabétique. Le dosage du glucose dans l'humeur vitrée est très utile pour le diagnostic post mortem de l'hyperglycémie (glucose dans le vitrée > 10 mmol/l correspond à une glycémie de 26 mmol/l). En même temps il faut doser les corps cétoniques dans le sang, l'hémoglobine glyquée et la glycosurie.

b/ Insuffisance surrénale aiguë

c/ Phéochromocytome : Une agression physique ou psychique entraîne une hypersécrétion de catécholamines source de troubles du rythme cardiaque et risque de MS chez les sujets porteurs de ce type de tumeur.

4.1.6. CAUSES GYNÉCO-OBSTÉTRIQUES

Elles représentent presque 4 % des morts subites. On peut observer :

- Une rupture d'une grossesse extra-utérine, une rupture utérine.
- Une embolie amniotique.
- Anomalies du placenta : un hématome rétro placentaire, accreta, percreta.
- Une crise d'éclampsie.

4.2. MORT SUBITE FONCTIONNELLE

4.2.1. MORT SUBITE FONCTIONNELLE AVEC ÉTAT PATHOLOGIQUE PRÉEXISTANT

L'autopsie dans ce cas permet de constater des lésions chroniques sans aucune lésion récente permettant d'expliquer le caractère subit du décès. On peut noter la présence de plaque d'athérome stable au niveau des artères coronaires, des cicatrices fibreuses myocardiques, un aspect pathologique des reins (atrophie, involution graisseuse de la médullaire), bulle d'emphysème au niveau des poumons. Des investigations histologiques sont nécessaires pour apporter la preuve éventuelle du caractère récent des lésions susceptibles d'être à l'origine du décès. Après avoir éliminé une origine traumatique ou toxique, la mort peut être considérée comme naturelle.

4.2.2. MORT SUBITE FONCTIONNELLE ESSENTIELLE

Elles représentent 5 à 10 % des cas (variable en fonction du degré de sophistication du protocole utilisé). Il s'agit de ces cas où l'autopsie ainsi que tous les examens complémentaires ne permettent pas de constater des lésions organiques permettant d'expliquer le décès. L'autopsie est qualifiée de blanche. Ces cas concernent généralement des sujets jeunes et peuvent être en rapport avec des maladies cardiaques rythmiques sans substratum anatomique comme les maladies des canaux ioniques ou **canalopathies** : syndrome de Brugada, QT long ou court, les tachycardies ventriculaires catécholergiques.

La MS est le premier et dernier symptôme dans ces maladies qui se révèlent lors d'un effort physique. On note fréquemment la notion de MS dans la fratrie.

L'autopsie moléculaire ou l'étude génétique est indispensable pour la confirmation rétrospective du diagnostic d'une canalopathie ou d'une arythmie ventriculaire maligne primitive, soit en identifiant l'anomalie génétique chez le sujet décédé soit en décelant l'anomalie génétique ou en portant le diagnostic clinique chez l'un des membres de la famille.

5. FORMES PARTICULIÈRES

5.1. MORT SUBITE ET TRAVAIL

La MS peut survenir au cours du travail, favorisée par l'effort physique ou par certaines conditions (travail dans la chaleur), voire même sans aucun facteur favorisant apparent. Elle est de ce fait prise en charge en tant qu'accident du travail en vertu du principe de la présomption légale d'origine. La relation de causalité juridique entre le décès et le travail ne peut être infirmée qu'en présence d'une preuve que la mort est due à une cause étrangère au travail, démontrée par l'employeur ou apportée par les investigations médico-légales.

5.2. MORT SUBITE ET ACTIVITÉ SPORTIVE

Elle touche surtout des sujets jeunes de moins de 35 ans. Les sports impliqués sont la course à pied et le football. La mort est secondaire à une affection cardiaque congénitale ou une canalopathies chez les jeunes et secondaire à une pathologie coronariennes ischémiques chez les sujets âgés. Une expertise toxicologique est obligatoire lors de ces circonstances pour éliminer une éventuelle utilisation de produits dopants.

La prévention de ce type de MS passe essentiellement par l'amélioration de la chaîne de survie et le dépistage génétique.

6. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

6.1. MORT ET INTERVENTION DU MÉDECIN

Les causes de décès lors de l'intervention du médecin sont nombreuses :

- Lors d'un acte médical portant sur une zone réflexogène : ponction pleurale, d'ascite...
- Lors d'une injection médicamenteuse : la mort peut être secondaire à un choc anaphylactique (pénicilline, dérivés iodés au cours des explorations radiologiques...).
- Au cours d'une intervention chirurgicale : La mort peut être une complication :
- en relation directe de la pathologie soignée : par embolie graisseuse pulmonaire massive au cours d'une pose de prothèse de genou.
- en relation indirecte avec la pathologie soignée : défectuosité d'un matériel d'équipement médical telle une électrocution par un bistouri électrique.
- En rapport avec une cause anesthésique : intubation difficile ou œsophagienne, spasme laryngé, défaut de surveillance per ou post anesthésique.

Dans ces cas la mort ne peut être considérée comme naturelle du fait du rôle direct ou indirect d'une tierce personne dans sa survenue. Il est de règle de mentionner l'existence d'un OML à l'inhumation sur le CMD, d'informer la justice (poste de police ou de la garde nationale le plus proche) qui ordonnera la pratique d'investigations médico-légales en vue de déterminer la ou les cause (s) du décès permettant d'établir les responsabilités.

6.2. MORT ET TRAUMATISME

La mort est précédée par un traumatisme n'ayant pas provoqué de lésions identifiables ou responsable de lésions minimes n'engageant pas en elles même le pronostic vital.

Le problème médico-légal est celui de la responsabilité totale, partielle ou nulle du traumatisme dans la survenue du décès. Trois situations peuvent se présenter :

- Le traumatisme n'a aucune relation avec la lésion mortelle : Coïncidence du traumatisme avec les lésions mortelles qui sont tout à fait indépendantes.
- Traumatisme agissant sur une lésion sous-jacente : Le traumatisme a pu avoir un rôle déclenchant tel un coup sur un kyste hydatique du foie ayant provoqué une rupture mortelle. Dans ce cas la mort ne peut être considérée comme naturelle donc il ne s'agit pas d'une mort subite.
- La mort est due au traumatisme lui-même : c'est la mort par inhibition après traumatisme sur une zone réflexogène (larynx, épigastre, organes génitaux externes...). La mort ici est en relation avec le traumatisme sur la zone réflexogène ce qui exclut donc une mort de cause naturelle donc la MS.

7. CONCLUSION

La mort de survenue brutale chez une personne en bon état de santé apparente est une mort qui sème le doute aussi bien dans l'esprit du médecin, du procureur de la république et de la famille. Pour lever le doute, le médecin constatant le décès doit cocher la case obstacle ML à l'inhumation sur le CMD et mettant, ainsi, en marche la procédure d'investigation sous l'autorité de la justice dans le but d'en déterminer la cause et les circonstances.

L'étiologie principale de la MS de l'adulte est la pathologie cardiovasculaire notamment ischémique (des FR sont modifiables et sur lesquels une stratégie de prévention doit être appliquée). Les causes extracardiaques sont essentiellement les pathologies respiratoires, neurologiques et digestives. En l'absence d'un substratum anatomique pouvant expliquer le décès, une pathologie cardiaque rythmique doit être évoquée. L'autopsie moléculaire permet d'identifier ces pathologies et planifier la prévention dans les formes familiales.

LA MORT SUBITE DU NOURRISSON

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1- Préciser les caractères de la M.S.N
- 2- Distinguer les facteurs épidémiologiques relatifs à la M.S.N
- 3- Citer les circonstances d'observation de la M.S.N
- 4- Préciser le diagnostic médico-légal de la M.S.N
- 5- Préciser les différentes étiologies de la M.S.N clairement expliquée.
- 6- Citer les hypothèses étiologiques en cas de M.S.N inexpliquée.

1. INTRODUCTION :

La mort subite du nourrisson (MSN) est un phénomène connu depuis fort longtemps. Elle représente la circonstance de décès la plus fréquente du nourrisson âgé entre 1 mois et 1 an.

La mort subite du nourrisson est le décès brutal et inattendu survenant chez un nourrisson considéré comme bien portant ou présentant des signes généralement considérés comme non inquiétants.

Ces morts subites (MS) surviennent presque toujours pendant le sommeil.

Cliniquement la MSN représente les 3 critères de la MS définis par LENEGRE :

- C'est une mort naturelle excluant toute cause traumatique ou toxique.
- Survenant chez un nourrisson en bon état de santé apparente.
- Dont l'agonie est de courte durée.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

2.1. FACTEURS PROPRES À L'ENFANT :

- La fréquence de ces MSN est de 1 à 3 pour 1000 naissances vivantes ; ces chiffres sont variables selon l'ethnie et les pays.
- 30 % de ces morts subites surviennent avant l'âge de 1 an.
- L'âge de survenue : 2 et 4 mois.
- Le sexe : prédominance masculine avec un sex-ratio =1.5
- Les antécédents : grande prématurité, nouveau-né de faible poids de naissance, surtout s'il existe une pathologie néonatale, dans ce cas, le risque de MS est multiplié par 5 à 10 fois par rapport aux nourrissons normaux.

2.2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX :

- Saison : surtout en hiver (3 à 4 fois plus qu'en été).
- Contexte familial : risque majoré chez les enfants nés de mères très jeunes < 20 ans, mères ayant des grossesses rapprochées et mal suivies, mères présentant des troubles psychiques.
- La position ventrale de l'enfant pendant le sommeil est notée avec grande fréquence.
- L'environnement hyperthermique : près d'une source de chauffage, ou enfant très couvert.

Les résultats des études épidémiologiques confirment l'aspect plurifactoriel de l'origine étiologique où sont intriquées les données socio- économiques médicales et psychologiques.

Il faut savoir prendre en compte pour étudier chaque cas individuel

3. ASPECTS MEDICO-LEGAUX : ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE :

3.1. CIRCONSTANCES D'OBSERVATION :

Le plus souvent la MSN survient dans un contexte dramatique et certains éléments peuvent contribuer à accentuer la suspicion, il s'agit parfois :

- d'un enfant confié à une nourrice :
- d'un enfant de fille mère ;
- d'un enfant non désiré ;
- d'un enfant décédé à l'hôpital posant un problème de responsabilité de l'infirmière ou du médecin.

L'enquête médico-légale a pour but de déterminer si la mort est naturelle, accidentelle, criminelle ou secondaire à une négligence ou à un défaut de soin.

3.2. DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL :

Il repose sur l'anamnèse, la levée du corps, l'autopsie et les examens complémentaires.

A- L'ANAMNÈSE :

1. Il faut préciser les circonstances de la mort et rechercher les éléments susceptibles d'orienter le diagnostic étiologique.
2. Cet interrogatoire porte sur les antécédents familiaux :
 - Maladie transmissible (métabolique).
 - Le déroulement de la grossesse.
 - Les conditions de naissance
 - Les ATCDs pathologiques : CARNET DE NAISSANCE
 - Accouchement, poids de naissance, pathologie à la naissance.
 - Pathologie durant les 1^{ers} semaines et les 1^{ers} mois avant la mort.
 - Prise d'un traitement éventuel.
3. L'interrogatoire porte aussi sur les dernières heures et derniers jours avant la mort :
 - Comportement du nourrisson
 - De signes cliniques inhabituels.
 - L'existence ou non de fièvre, de rhume.
 - Sur un éventuel traitement administré.
4. Les circonstances et le lieu de la mort :
 - En précisant l'heure de découverte.
 - L'heure du dernier repas.
 - L'heure du dernier contact de son vivant.
 - La coloration.
 - La position du corps (Décubitus, dorsal, ventral ou latéral).
 - Le tonus.
 - La température.
 - L'existence ou non de sueur et d'odeur particulière.
 - L'existence ou non dans le nez ou la bouche de sérosités en précisant leur nature.
5. L'habillement, la literie, les couvertures : nombre et qualité.
6. La température ambiante de la chambre.
7. Les éventuelles possibilités d'intoxication par l'existence d'une source de chauffage à combustion : pétrole, gaz, charbon.
8. Les gestes effectués à domicile par les parents ou par le médecin appelé en urgence lors de la découverte du décès.

B- EXAMEN EXTERNE DU CADAVRE :

Effectué afin de détecter une cause criminelle apparente et aussi pour juger de l'état nutritionnel et l'hygiène du nourrisson.

Il est préférable que l'examen soit fait le plus tôt possible après le décès et comporte la prise de la température rectale et de la comparer avec la température ambiante.

Noter l'aspect du cadavre : lividités, pâleur, cyanose, sueurs, encombrement des voies aériennes supérieures par les rejets.

Les signes de déshydratation, l'existence ou non d'éruption, les traces traumatiques ou de sévices.

Il faut noter le poids, la taille et le périmètre crânien.

L'examen de la cavité buccale et du pharynx à la recherche de malformations.

C- LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

Certains sont systématiques :

- 1/ Prélèvement de sang : il faut pratiquer plusieurs cultures en milieu aérobie et non aérobie. La NFS n'est plus interprétable après un délai de 4 heures après la mort.
- 2/ Prendre un tube de sérum et le garder au congélateur pour examen virologique.
- 3/ Pratiquer une ponction lombaire pour prélever du LCR en vue d'analyses (bactériologie, cytologie et chimie).
- 4/ Prélever des urines par ponction sus-pubienne pour ECBU.
- 5/ Prélèvement bactériologique et virologique du larynx et de la trachée.
- 6/ Examen radiologique du thorax et du squelette.

D'autres examens complémentaires en fonction de l'orientation particulière : recherche de toxiques, dosage de carboxyhémoglobine à la recherche de CO, ponction de la chambre antérieure de l'œil pour pratiquer l'ionogramme et dosage du calcium prélèvements à la recherche de maladies métaboliques : Bétaoxydation des acides gras, déficit en acide coenzyme déshydrogénase à chaînes longues et un déficit multiple en acide déshydrogénase.

D- AUTOPSIE :

Elle est mieux faite précocement elle doit être complète (éviscération monobloc) et il faut faire de multiples prélèvements pour examen histologique.

3.3. BILAN DIAGNOSTIC :

Après avoir confronté les différents résultats de l'enquête étiologique, on distingue schématiquement deux grandes catégories de la mort subite du nourrisson.

- Les morts subites du nourrisson sont clairement expliquées.
- Les morts subites du nourrisson sans explication : ou mort subite inexpliquée du nourrisson.
- À noter que d'éventuelles lésions iatrogènes secondaires à la réanimation peuvent gêner considérablement l'interprétation voire la fausser telle que ; rupture hépatique avec ecchymose à la suite d'un massage cardiaque externe trop vigoureux.

4. ÉTIOLOGIES DES MSN :

Il faut savoir que la confrontation de ces différents examens pratiqués permet de distinguer 3 catégories de MSN :

- MSN clairement expliquées.
- MSN inexpliquées mais explicables.
- MSN inexpliquées.

Dans tous les cas, d'éventuelles lésions iatrogènes secondaires à la réanimation peuvent gêner considérablement l'interprétation, voire la fausser.

L'exemple de rupture hépatique avec ecchymose à la suite d'un massage cardiaque trop vigoureux chez un nourrisson.

4.1. MSN CLAIREMENT EXPLIQUÉES

Elles représentent 10 à 70 % des cas selon les auteurs. Cette divergence s'explique par l'absence de confrontation entre les pathologistes, par des investigations très différentes et par des critères d'explications différents selon les équipes.

4.1.1. LES CAUSES BRONCHO-PULMONAIRES :

De loin les plus fréquentes :

1. Il peut s'agir d'asphyxie par obstruction des VAS par :

- par un kyste de la base de la langue.
- par macroglossie.
- par angiome sous glottique.
- par abcès rétro pharyngé.
- par amygdalite obstructive.
- par compression par goitre.
- par laryngites œdémateuses sous glottiques, épiglottiques qui sont rares.

2. Soit obstruction des voies aériennes supérieures par inhalation massive d'un produit lacté lors du sommeil.

3. Infections pulmonaires :

- broncho-pneumopathies massives
- bronchiolite oblitérante
- les pneumopathies aiguës souvent interstitielles
- les pneumopathies secondaires à une rougeole, varicelle, tuberculose...
- les pneumonies à cellules géantes.

4. les pneumothorax spontanés.

4.1.2. LES AFFECTIONS CARDIAQUES :

Sont plus rarement en cause :

1. Malformations comme tétralogie de FALLOT.
2. Rétrécissement aortique.
3. Myocardites : virales et métaboliques,
4. La péricardite : à l'histologie : existence d'infiltrats inflammatoires interstitiels plus ou moins abondants associés à une malformation ou à une myocardite.

4.1.3. LES AFFECTIONS DU SNC :

- Malformations.
- Infections : méningite, encéphalite
- Pathologie tumorale
- Hémorragie méningée
- Épilepsies

4.1.4. AFFECTIONS DIGESTIVES :

- Stéatose hépatique massive associée à une stéatose rénale : Syndrome de REYE
- Les invaginations intestinales aiguës
- Le volvulus du grêle.
- Les perforations digestives spontanées de l'œsophage, de l'estomac ou du grêle ; sont accompagnées de péritonite d'étiologie indéterminée et habituellement, il n'existe aucune lésion causale.

4.1.5. MALADIES INFECTIEUSES :

Scarlatine, diphtérie, choc septique d'origine diverse.

4.1.6. MALADIES ENDOCRINIENNES :

Hypoplasie surrénalienne congénitale.

4.2. MSN INEXPLIQUÉES, MAIS EXPLICABLES

Ce sont les cas de la mort du nourrisson ou les examens post mortem

précoces montrent des anomalies métaboliques à type de : hypoglycémie, hypocalcémie ou des troubles de la kaliémie comme le témoigne le dosage de ces éléments dans l'humeur vitrée.

4.3. MSN INEXPLIQUÉES

Représentent 25 à 30 % des cas (1/3 des cas). Elles sont inexplorées après un bilan aussi complet que possible.

Il existe habituellement dans ces cas des lésions discrètes à l'autopsie à type de taches de Tardieu (pétéchies disséminées sur les plèvres, le péricarde), une congestion viscérale, parfois des anomalies mineures comme hernie, diverticulite de Meckel.

Les anomalies à l'autopsie peuvent être liées à la réanimation.

Les hypothèses étiologiques de la MSN inexpliquée sont multiples :

Tous les organes ou tous les systèmes ont été responsables de cette MSN.

1/ l'hypothèse de l'infection essentiellement virale a été évoquée devant le caractère saisonnier surtout pendant la saison froide. Il existe alors des signes infectieux pulmonaires.

2/ l'hypothèse de troubles de la régulation de la respiration, liés aux différentes phases du sommeil, a été aussi évoquée.

Dans quelques cas des pauses respiratoires manifestement pathologiques peuvent expliquer le décès surtout pour le sommeil paradoxal, en effet cette hypothèse n'a pas été prouvée comme cause de mort subite.

3/ l'hypothèse des apnées obstructives par ptôse de la langue ou par étroitesse des voies aériennes.

4/ les dystonies neurovégétatives qui sont mises en évidence par une réaction exagérée du réflexe oculo-cardiaque que justifie la recherche systématique du reflux gastro-œsophagien ; celui-ci en effet peut entraîner une stimulation vagale et/ou une apnée pouvant aboutir à l'arrêt cardio-respiratoire.

Ces hypothèses et bien d'autres montrent à l'évidence que la MSN inexpliquée n'est pas d'étiologie univoque, elle est identique à toutes les morts subites inexpliquées, modelées cependant par les caractéristiques particulières du nourrisson du fait de sa fragilité :

- Mal protégé immunitairement surtout entre 2 et 4 mois
- remaniant son tissu de conduction cardiaque
- modifiant son SNC et son appareil neurovégétatif.

Dans ces conditions, la somme d'un certain nombre de facteurs infectieux modérés de fausse route, de stimulation vagale, etc.... Peut amorcer un processus risquant de s'entretenir et de se majorer aboutissant à une hypoxie et entraînant rapidement des troubles cardio-respiratoires irréversibles.

Il s'agit donc d'une mort multifactorielle.

5. CONCLUSION

La mort brutale d'un nourrisson bien portant en fait au moment de la constatation du décès une mort suspecte aussi bien aux yeux de la famille que des autorités. Le médecin certificateur du décès se trouve ainsi contraint à cocher la case « oui » devant la motion obstacle médico-légal déclenchant une enquête judiciaire. Le diagnostic médico-légal de cette mort ne peut se faire qu'après étude des circonstances du décès, l'examen et l'autopsie du cadavre. Au terme de ces investigations médico-légales, la mort sera considérée comme subite si elle est de cause naturelle. Les conclusions de l'expert apporteront ainsi un diagnostic étiologique de la mort permettant une prise en charge des parents (déculpabilisation), de la fratrie et des éventuelles grossesses ultérieures (conseil génétique).

DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DES COUPS ET BLESSURES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Décrire les différents types de blessures élémentaires ;
- Déterminer à partir de l'aspect d'une lésion traumatique donnée, la nature de l'agent vulnérant et les circonstances de sa survenue;
- Distinguer sur le corps d'une personne décédée, une lésion vitale d'une lésion post mortem ;
- Adopter une stratégie médico-légale adéquate face au constat d'un traumatisme mortel ou chez une personne vivante;
- Expliquer l'importance des documents médicaux rédigés en cas de coups et blessures.

PLAN :

1. Introduction

2. Diagnostic positif

2.1. Ecchymose

2.2. Hématome

2.3. Écorchure

2.4. Plaie simple

2.5. Plaie contuse

2.6. Brûlures

2.7. Lésions des os et des articulations

3. Diagnostic étiologique

3.1. Armes naturelles

3.1.1. Morsures

3.1.2. Coups d'ongles

3.2. Armes blanches

3.2.1. Instruments piquants

3.2.2. Instruments tranchants

3.2.3. Instruments piquants et tranchants

3.2.4. Instruments tranchants et contondants

3.3. Accidents de la circulation

3.3.1. Chez le piéton

3.3.2. Chez le chauffeur

3.3.3. Chez le passager de voiture

3.3.4. Chez le passager de 2 roues

3.4. Lésions provoquées par les brûlures

3.4.1. Brûlures thermiques

3.4.2. Courant électrique

3.4.3. Brûlures chimiques

3.4.4. Brûlures par le froid (gelure)

3.4.5. Brûlures par les radiations ionisantes

4. Diagnostic différentiel

4.1. Chez le vivant

4.2. Sur le cadavre

5. Diagnostic de la forme médico-légale

5.1. Forme criminelle

5.2. Forme suicidaire

5.3. Forme accidentelle

5.4. Lésions dues à une intervention médicale

6. Conséquences médico-légales

6.1. Conséquences pénales

6.2. Conséquences civiles

7. Rôle du médecin

7.1. Traitement

7.2. Constatation

7.3. Évaluation

7.4. Signalement

8. Conclusions

1. INTRODUCTION

Une blessure est toute lésion externe ou interne de l'organisme, due à l'action plus ou moins violente sur le corps d'un agent mécanique, physique ou chimique.

Les blessures constituent un motif fréquent de consultation en médecine.

L'étude des blessures trouve son intérêt dans :

- l'identification de sa nature et du mécanisme lésionnel ayant pu la provoquer,
- la détermination de son origine ante ou post-mortem,
- sa datation par rapport au traumatisme présumé
- l'étude des circonstances de sa survenue (avec quelle forme médico-légale elle serait compatible).

Le rôle du médecin est important puisque, en plus du rôle thérapeutique, il aura :

- à rédiger des documents médico-légaux (**certificat**, expertise...) dont va dépendre généralement la qualification juridique du fait traumatique;
- à **signaler** à l'autorité judiciaire et policière certaines violences : morts traumatiques, sévices à enfants.

Les conséquences des traumatismes (blessures) sont graves et peuvent avoir un retentissement sur plusieurs plans : pénal, civil et économique.

2. DIAGNOSTIC POSITIF

2.1. ECCHYMOSE

L'ecchymose est définie comme étant une hémorragie interne interstitielle. Elle est constituée par du sang extravasé et coagulé, qui réalise une hémorragie strictement intratissulaire et sous-cutanée et ne s'effaçant pas à la pression. Elle constitue la lésion traumatique la plus fréquente. Sur le cadavre, les ecchymoses profondes sont recherchées par des **crevées**. Elle ne disparaît pas au lavage des tissus sous-cutanés incisé à son niveau.

La valeur médico-légale des ecchymoses est importante notamment en ce qui concerne :

1- La vitalité du traumatisme : la coagulation est un phénomène purement vital qui s'arrête rapidement après le décès (10 à 30 min). La présence d'une lésion ecchymotique signe donc la vitalité du traumatisme l'ayant provoqué.

2- La forme de l'ecchymose : elle est variable dessinant parfois la forme de l'agent vulnérant ce qui pourrait permettre de reconstituer le fait traumatique l'ayant provoqué.

3- La topographie : généralement, l'ecchymose se situe au niveau du siège du traumatisme. Cependant, dans certains cas, si le sang extravasé va suivre les règles de la pesanteur l'ecchymose peut se situer à distance (ecchymose palpébrale secondaire à une fracture de la base du crâne) ou migrer (ecchymose de la face interne du cuir chevelu). Le siège peut aussi informer sur la nature des coups (strangulation, viol...).

4- La datation de l'ecchymose par rapport au traumatisme : Chez le sujet vivant, l'ecchymose subit une variation de teinte selon les stades de la dégradation locale de l'hémoglobine permettant une datation approximative du traumatisme. Cette **datation** est d'autant plus importante que chez le sujet décédé, l'ecchymose n'évolue plus permettant l'étude de l'imputabilité du décès au traumatisme. Cette estimation se fait sur l'évolution macroscopique de l'ecchymose :

J1 : rouge vif

J2 : noirâtre

J 3-4 : bleu- violacée

J 5-6 : verdâtre

J 7-10 : jaune verdâtre

J 10-15 : jaunâtre

L'ecchymose disparaît en 20 à 25 jours de façon centripète. Cette évolution dépend de son siège, de son étendue et de la texture tissulaire et donc de l'âge et du sexe de la personne.

L'estimation peut aussi être faite par l'examen microscopique en étudiant l'évolution de la réaction inflammatoire à son siège.

2.2. HÉMATOME

Correspondant à du sang collecté et coagulé de grande quantité formant une tuméfaction sous-cutanée s'il se situe superficiellement ou bien une poche s'il est situé au niveau des parties molles. Quand il est profond il peut être mis en évidence à l'échographie chez le vivant et par la pratique de crevées sur le cadavre.

2.3. ÉCORCHURE

Plusieurs synonymes sont employés en pratique médico-légale pour la désigner. On parle d'éraflure, d'excoriation, d'égratignure ou d'abrasions. C'est la perte de la couche épithéliale du revêtement cutané généralement provoquée par le frottement sur une surface rugueuse.

Chez le vivant, son évolution se fait par la formation d'une croûte puis vers la cicatrisation qui ne dépasse pas généralement 1 semaine.

Sur le cadavre, les abrasions, du fait de la déshydratation cadavérique, forment les **plaques parcheminées** (PP) qui sont des plaques indurées, sèches et résistantes. Si les abrasions ont été occasionnées en post mortem, les PP sont de couleur jaunâtre. Si les abrasions ont été occasionnées en ante mortem, les PP sont rouge-noirâtre du fait de l'ecchymose sous-jacente.

L'intérêt de l'étude des écorchures est important notamment pour ce qui concerne :

- **La topographie** : souvent évocatrice de certains mécanismes (cou : strangulation, péri-buccale : suffocation orofaciale, anus : lésions de pédérastie)

- **La forme et la direction** : notamment les abrasions arciformes évocatrices de coups d'ongles, les dermabrasions parallèles entre elles peuvent évoquer un traînage du corps (lors d'un accident de la circulation par exemple).

- **La présence d'incrustation** : sable, débris de verre, peinture... pouvant renseigner sur le lieu du traumatisme voire même son agent causal.

2.4. PLAIE SIMPLE

C'est une solution de continuité dans le tissu. Il s'agit d'une section sans perte de substance du revêtement cutané ou d'un organe, à bords nets, réguliers et linéaires.

L'intérêt médico-légal de la plaie simple est triple : **L'aspect des bords** renseigne sur le caractère ante ou post mortem (ecchymotique ou non), **sa forme et sa dimension** sur l'instrument en cause et la **localisation et la direction** oriente vers une forme médico-légale.

2.5. PLAIE CONTUSE

Les bords sont contus, déchiquetés et amincis, il existe un décollement des deux lèvres, une ecchymose peut se voir sur la périphérie et le fond est anfractueux, sanguinolent, souillé (graviers, terres...), irrégulier et il peut exister une perte de substance avec souvent des ponts ou brides cutanées, membraneuses ou vasculaires persistant entre les lèvres de la plaie.

La plaie contuse peut dans certains cas nous renseigner sur la nature de l'agent utilisé (selon sa forme, sa dimension et ses incrustations).

2.6. BRÛLURES

La brûlure correspond à une lésion locale plus ou moins étendue et profonde détruisant le revêtement cutané, parfois les structures sous-jacentes.

Les brûlures peuvent être secondaires à une combustion par des flammes, à l'électricité, à un agent chimique (acides, bases), aux radiations ionisantes ou même au froid.

Le point commun aux brûlures, quelle que soit leur origine c'est qu'ils provoquent au niveau des téguments une congestion, une exsudation et des destructions.

2.7. LÉSIONS DES OS ET DES ARTICULATIONS

On distingue :

- L'entorse qui correspond à un étirement ligamentaire ;
- La luxation dans laquelle il y a un déboîtement articulaire ;
- La fracture qui est une solution de continuité dans l'os, la fracture pouvant être simple ou compliquée. Son diagnostic est radiologique chez le vivant, radiologique et lors des crevées sur le cadavre.

3. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

3.1. ARMES NATURELLES

Les armes naturelles (tête, genou, coude, dents...) engendrent des lésions de gammes diverses : ecchymoses, plaies, fractures... Quelques aspects particuliers sont à citer :

3.1.1. MORSURES

Sont les empreintes des dents laissées sur le corps d'une personne. Elles peuvent présenter des pertes de substance, si l'agresseur a arraché les tissus.

L'empreinte dentaire reproduit toutes les caractéristiques (dent manquante, oblique, fracturée...) et les malformations existant dans la denture de l'agresseur.

Les morsures ne sont pas rares au cours des luttes, moyen de défense ou d'attaque, entre victime et agresseurs. Elles peuvent être ante-mortem ou post-mortem.

Des photographies sont utiles pour permettre une confrontation avec les empreintes dentaires des suspects et un prélèvement par écouvillonnage au niveau de la morsure permet l'identification génétique (salive).

La différenciation entre les morsures humaines et les morsures animales est habituellement facile, en tenant compte de la dimension, le nombre et le type de dent (chien deux incisives de plus). Les deuxièmes présentent un aspect plus plat, plus écrasé et plus large chez les herbivores, un aspect plus contus, plus incisé et déchiqueté chez les carnivores et un aspect de grignotage chez les rongeurs.

3.1.2. COUPS D'ONGLES OU GRIFFURES

Un coup d'ongle provoque une lésion constituée d'une petite érosion curviligne provoquée par le bord libre de l'ongle et d'une petite zone digitiforme ecchymotique réalisée par la face pulpaire de la dernière phalange à l'occasion de la pression cutanée.

Peuvent siéger au niveau du cou lors des tentatives de strangulation, la face lors des suffocations orofaciales et au niveau des faces internes des cuisses lors des tentatives d'écartement des cuisses au cours des agressions sexuelles.

Il est possible de récupérer des éléments biologiques humains sous-unguéaux (sang, cellules épidermiques, sperme...), en coupant l'ongle et non pas en le grattant.

3.2. ARMES BLANCHES

L'arme blanche (AB) est définie comme étant un objet acéré pouvant être tenu à la main et capable de produire une plaie intentionnelle ou accidentelle.

Les AB provoquent généralement des plaies simples, linéaires à berges régulières. Elles sont fréquentes dans la pratique médico-légale (1^{er} moyen d'homicide 60 %). Leur forme dépend de la forme et du type de l'arme utilisée.

3.2.1. INSTRUMENTS PIQUANTS

Il s'agit d'objet à pointe piquante pouvant être à section conique ou cylindrique (aiguille, clou, dent de fourche...) provoquant une plaie punctiforme à la surface ou à section triangulaire ou polyédrique (ciseaux, épée, flèche...) provoquant une plaie cutanée étoilée dont les branches correspondent aux nombres d'arrêtes.

- Le diamètre de la plaie est généralement inférieur à celui de l'arme utilisée (élasticité des tissus), parfois, difficile à mettre en évidence à l'examen (cas d'une aiguille).
- Ces objets provoquent des plaies plus profondes que larges où ils sectionnent les tissus à mesure d'y pénétrer et elles sont, souvent, associées à des hémorragies internes vitales.

3.2.2. INSTRUMENTS TRANCHANTS

Il s'agit d'objets ayant une surface tranchante (rasoir, scalpel). L'action se fait par le fil de la lame. La plaie est dans sa forme typique, simple, souvent plus longue que profonde, à bords nets et réguliers. Elle est plus profonde à l'endroit où l'arme a pénétré, plus superficielle à l'autre, se terminant en pente douce. Lorsque la lame est bien effilée, la plaie se termine en « queue-de-rat » qui est une érosion linéaire de l'épiderme. Cette queue-de-rat correspond en théorie à la fin de la plaie, au moment où l'arme blanche va sortir de la peau. Elle est une indication du sens du coup qui a été porté.

3.2.3. INSTRUMENTS PIQUANTS ET TRANCHANTS

Il s'agit d'objets possédant une pointe piquante et une ou deux surfaces tranchantes sur les côtés (couteau, poignard). Ils provoquent des plaies plus profondes que larges.

La plaie cutanée provoquée par un objet P/T typique est d'aspect fusiforme en boutonnière dont un bord est légèrement contus (extrémité équerre) correspondant à la face non tranchante (dite le talon) et l'autre bord est net (extrémité aiguë) avec souvent un refond cutané superficiel en queue-de-rat correspondant à la face tranchante de la lame (dite fil).

Si l'arme à deux surfaces tranchantes, la plaie sera symétrique avec deux extrémités effilées.

3.2.4. INSTRUMENTS TRANCHANTS ET CONTONDANTS

Il s'agit d'objets dont le caractère tranchant est secondaire à son poids ou à la force de frappe. Ils se comportent en partie comme des objets contondants en arrachant en même temps que la section (sabre, hache).

Ils provoquent des plaies plus larges que profondes, parfois linéaires avec des berges contuses par endroits et souvent associées à des fractures osseuses.

3.3. ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Les accidents de la circulation représentent un problème de santé publique, étant la première cause de décès au LML de Tunis (+++ jeunes) (600 décès) et une étiologie de plusieurs séquelles qui peuvent être invalidantes chez les victimes. Les lésions traumatiques sont très vastes, allant de la simple écorchure jusqu'à l'écrasement, mais dépendent en grande partie du type d'accident et du mécanisme lésionnel. On décrit 4 types de victimes :

3.3.1. CHEZ LE PIÉTON

Les lésions sont souvent très complexes dépendant surtout du type du véhicule, de sa vitesse et des éventuelles manœuvres de décélération, de la vitesse du piéton et du type de collision.

On distingue deux lésions constantes qui sont les lésions de tamponnement et celles de projection du corps ; il peut aussi y avoir de façon inconstante des lésions de franchissement ou de traînage du corps par le véhicule.

a. Lésions de tamponnement : Elles sont secondaires au choc premier entre le premier élément saillant du véhicule (pare-choc, calandre, flanc ou roue d'un véhicule à deux roues) et le corps.

Les lésions dépendent de la vitesse du véhicule et celle du corps. Elles sont maximales si le corps immobile est heurté de façon horizontale par un véhicule qui roule à grande vitesse.

Elles peuvent occasionner des ecchymoses, des dermabrasions voire même des fractures au niveau de la moitié inférieure du corps (souvent les jambes) de façon plus ou moins symétrique au niveau des deux membres. Lors de l'examen, il est important de mesurer la distance entre ces lésions et le plan des talons afin de vérifier la compatibilité avec le véhicule présumé.

Il faut faire particulièrement attention au tamponnement par un véhicule à deux roues qui laissera une lésion généralement monopodale et aux cas de véhicules hauts (camions lourds, bus) qui peuvent heurter avec toute leur face antérieure ou avec le rétroviseur donnant des lésions très diffuses ou crâniennes respectivement.

b. Lésions de projection du corps : Juste après le premier contact avec le véhicule (tamponnement) le corps va être projeté soit :

- sur le véhicule dans ce cas le corps (en général le tronc) va s'abattre sur le capot occasionnant des lésions contuses sur le thorax et sur l'abdomen et dans un deuxième temps, le crâne s'abattrait sur le pare-brise occasionnant un traumatisme contus du crâne avec souvent des lésions par des débris de verre au niveau de la face et du cuir chevelu.
- sur le sol occasionnant des lésions diffuses au niveau des zones saillantes du corps (main, nez, front, coude, genou, crâne...).

Toutes ces lésions peuvent être accompagnées par des lésions des viscères par arrachement des organes mobiles ou par des traumatismes des organes sur des structures osseuses.

c. Lésions de franchissement du corps : Il s'agit d'un mécanisme inconstant occasionnant une compression entre les roues et le sol provoquant des lésions d'autant plus importantes que le véhicule est lourd.

Au niveau de la peau, on constate des lésions ecchymotiques ou parcheminées étendues pouvant reproduire les motifs des pneumatiques souvent au niveau du tronc ou des membres, avec des lésions profondes importantes à type de franchissement thoracique avec un fracas costal bilatéral antéro-postérieur et latéro-latéral, arrachement des pédicules des organes, des disjonctions vertébrales ou du bassin.

d. Lésions de traînage du corps : Secondaires au traînage du corps par le véhicule qui ne s'est pas immédiatement arrêté. Il s'agit d'un mécanisme inconstant pouvant occasionner des déchirures des vêtements par frottement et des dermabrasions avec souvent des incrustations des éléments du sol donnant un aspect hachuré de la peau fait de PPE en stries parallèles entre elles par arrachement épidermique et usure des téguments.

3.3.2. CHEZ LE PASSAGER DE VOITURE

Les passagers présentent souvent des polytraumatismes avec une potentialisation des lésions et souvent des lésions profondes plus importantes que ne laisseraient prédire les lésions cutanées du fait des lésions de décélération avec arrachement des pédicules vasculaires, infiltration hémorragique des mésentères associées aux lésions par impact direct avec fracas osseux et éclatement des organes pleins.

Il faut noter que les passagers porteurs de ceintures de sécurité mal réglée ou ceux dont le véhicule roule à plus de 50 km/h (limite supérieure pour la protection optimale pour les utilisateurs de ceinture de sécurité) et surtout dans le cas des repose-tête mal réglés; les lésions sont surtout des lésions de décélération (rupture du mésentère, atteinte des vaisseaux creux, des pédicules vasculaires), mais aussi un enroulement du rachis avec hyper extension pouvant aller jusqu'à section complète de la moelle cervicale.

3.3.3. CHEZ LE CHAUFFEUR DE VOITURE

En plus des lésions décrites chez les passagers, on note des lésions thoraciques en rapport avec la projection sur le volant (ecchymose et fractures de côtes) et des lésions au niveau des genoux en rapport avec le choc contre le tableau de bord (ecchymose, fracture...).

3.3.4. CHEZ LE PASSAGER DE VÉHICULE À 2 ROUES

Schématiquement les passagers de véhicule à deux roues présentent un traumatisme bipolaire crânien et au niveau des membres, cependant les mécanismes sont intriqués avec la possibilité de franchissement et/ou traînage du corps, de compression par le véhicule à deux roues lui-même.

3.4 LÉSIONS PROVOQUÉES PAR LES BRÛLURES

Les agents des brûlures sont multiples : thermique (chaleur radiante, solide ou liquide chaud, incendie, froid), électrique, chimique (acides, bases) et les radiations ionisantes.

3.4.1. BRÛLURES THERMIQUES

Elles peuvent être secondaires à la combustion directe par les flammes, mais aussi secondaire à un contact avec un gaz surchauffé ou un corps brûlant. L'importance des lésions dépend de la température et de la durée d'exposition.

Les lésions de brûlure sont classées selon leur profondeur au niveau de la peau :

- **Premier degré** (l'érythème) : congestion inflammatoire douloureuse chez le vivant avec augmentation de la chaleur locale.
- **Deuxième degré** (phlyctène) : une exsudation séreuse et cellulaire s'ajoute à l'érythème. Présence de phlyctènes soulevant l'épiderme et contenant un liquide transparent; souvent rompues chez le cadavre laissant des PPE centrées les plages de brûlure et ayant à leur niveau une vascularisation sous-cutanée rouge brun correspondant à une coagulation intravasculaire (aspect d'arborisation vitale) très en faveur de la vitalité des brûlures;

- **Troisième degré** (escarre) : il s'agit d'une mortification de la peau secondaire à la coagulation complète des protéines avec destruction enzymatique. Il s'agit de zones cutanées dures, sèches, brunâtres.
- **Quatrième degré** (carbonisation) : il s'agit d'une lésion post-mortem entraînant un aspect desséché noirâtre, tympanique avec réduction du volume et du poids du corps. La rétraction des tissus peut provoquer des déchirures au niveau des plis articulaires, des fractures osseuses voire même des amputations ou un éclatement de la boîte crânienne. Elle entraîne une attitude du corps en demi-flexion des avant-bras et des jambes (attitude en boxeur). En plus de la cause du décès, il s'ajoute un problème d'identification.

En pratique, l'importance des brûlures est mesurée par la règle des 9 de Wallace.

La vitalité des brûlures surtout en cas d'incendie est étudiée sur l'aspect histopathologique (études des phases de l'inflammation), la présence ou pas de suie dans les bronches et le dosage de la carboxyhémoglobine qui confirme l'inhalation de l'air dans un foyer d'incendie.

Chez le vivant, les BT peuvent être à l'origine d'un préjudice esthétique du fait de leurs cicatrices disgracieuses.

3.4.2. BRÛLURES ÉLECTRIQUES

Les lésions provoquées par le courant électrique peuvent être provoquées par une électrisation (passage du courant électrique à travers le corps humain) ou particulièrement d'une électrocution (électrisation compliquée de décès). Elles peuvent néanmoins être secondaires à une fulguration (coup de foudre) ou d'un arc électrique (amorçage à distance entre un conducteur de haute tension et la victime).

Les circonstances de survenue peuvent être secondaires à une électrisation par le courant industriel de basse tension (domestique) ou à haute tension (pylônes d'électricité) ou par l'électricité naturelle (foudre).

Les brûlures électriques vraies ou « **marques électriques** » sont des lésions souvent indolores, elliptiques ou arrondies retrouvées au siège d'entrée ou de sortie du courant et dont l'importance varie en fonction de la résistance de la peau et du type de courant. Elles se caractérisent par une nécrose des tissus dermoépidermiques, sans carbonisation. La peau prend une coloration brune ou gris ardoisée, sèche et dure, entourée d'un bourrelet périphérique pâle, insensible (destruction des terminaisons nerveuses), ne saignant pas à la piqûre (coagulation des capillaires). Après le décès, la marque électrique est inaltérable par la putréfaction.

Le mécanisme du décès et les constatations nécropsiques varient selon le type du courant :

a. Courant alternatif à haute tension : Le décès est provoqué par une asphyxie d'origine neurologique secondaire à une destruction des centres nerveux occasionnée par la dénaturation protéique induite par la chaleur excessive et par la téτανisation des muscles respiratoires. C'est avec ce type de courant que les contractions musculaires sont très violentes et peuvent conduire à des fractures.

Des lésions traumatiques peuvent être observées lors des projections du corps.

b. Courant alternatif de basse tension : Le décès est presque toujours secondaire à une fibrillation ventriculaire.

Les marques électriques peuvent faire défaut, ce qui rend le diagnostic de mort par électrocution difficile lors de la découverte du cadavre en l'absence de témoignage d'un tiers.

c. Fulguration

Est un milieu ionisé hautement conducteur ayant un très haut voltage (107 volts) et une très grande intensité (5.106 AMP) pouvant provoquer des déchirures des vêtements ou fusion des objets métalliques. Des traces en bandes parcourent le corps jusqu'au sol dessinant des foyers en feuilles de fougère sur la peau (brûlures de Lichtenberg) souvent profondes se répartissant selon la distribution des ramifications cutanées des nerfs périphériques.

3.4.3. BRÛLURES CHIMIQUES

Les produits acides provoquent des lésions sèches noirâtres, coagulées alors que les produits basiques provoquent une nécrose de saponification avec des lésions humides rougeâtres et ulcérées. Les brûlures chimiques peuvent provoquer des lésions profondes importantes surtout en cas d'ingestion pouvant laisser des traînées de brûlures péribuccales.

3.4.4. BRÛLURES PAR LE FROID (GELURE)

Elles peuvent apparaître à partir de températures < 0 °C. Elles se situent de façon élective au niveau des extrémités et aux zones découvertes (pointe du nez, lobule de l'oreille).

Elles ont l'aspect d'une tache rouge, dure, infiltrée, disséminée sur les téguments.

3.4.5. BRÛLURES PAR LES RADIATIONS IONISANTES

Les radiations ionisantes peuvent provoquer des lésions précoces par l'effet de l'hyperthermie avec notamment des radiodermites érythémateuses. Tardivement, elles peuvent provoquer des atrophies cutanées, scléreuses parfois avec des scléroses fibreuses.

3.5. MORT PAR INHIBITION

C'est la mort survenant après un traumatisme minime sur une zone réflexogène.

Les zones réflexogènes sont le cou (glomus carotidien), larynx et muqueuse trachéale, épigastrique, testiculaires et les OGE féminins. Leur stimulation va entraîner une inhibition réflexe avec bradycardie extrême et décès rapide.

L'examen montre l'absence de lésions traumatiques ou la présence de lésion traumatique minime ne pouvant pas expliquer le décès.

Il s'agit d'un diagnostic d'élimination et ne peut être retenu qu'après avoir éliminé toutes les causes de la mort traumatique ou naturelle.

4. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

4.1. CHEZ LE VIVANT

Il faut distinguer les lésions traumatiques des lésions pathologiques.

Le diagnostic différentiel de l'ecchymose traumatique devra se faire surtout avec les troubles de la coagulation, les lésions purpuriques, hémopathies à l'origine d'apparition d'ecchymoses spontanées sans notion de traumatisme, la prise d'anti-coagulants et les affections hépatiques.

4.2. SUR LE CADAVRE

Dans le contexte médico-légal, il est indispensable de distinguer entre une lésion ante-mortem et une lésion post-mortem.

- Lésions ante-mortem : toute blessure, légère ou profonde soit-elle s'accompagne d'un épanchement de sang qui se coagule réalisant une ecchymose. En effet, l'ecchymose est un signe irréfutable de vie qu'elle soit superficielle ou profonde, volumineuse ou non. Ce sang coagulé qui infiltre les tissus ne disparaît pas au lavage. La rétraction tissulaire est un signe vital entraînant un écartement des berges de la plaie. Certaines localisations sont en faveur de l'origine ante mortem : otorragie, hémorragie sous conjonctivale, ecchymose périorbitaire.

Les blessures post-mortem sont caractérisées par l'absence d'ecchymose, de coagulation de sang et de rétraction tissulaire.

- Les lésions traumatiques doivent aussi être distinguées des lividités cadavériques et des tâches de putréfaction (par la réalisation de crevées).

5. DIAGNOSTIC DE LA FORME MÉDICO-LÉGALE

Les éléments d'orientation sur la forme médico-légale doivent être recherchés au cours de la levée de corps, l'examen externe et l'autopsie.

5.1. FORME CRIMINELLE

Quelle que soit l'étiologie, lors de la levée de corps on doit rechercher des traces de désordre des lieux (effraction de portes ou fenêtres, vol d'objets).

- **Les armes blanches** : premier moyen d'homicide : 60 % des cas. L'absence de l'arme sur le lieu de découverte du corps, le caractère dispersé des plaies, multiples et profondes, topographie inaccessible à la victime, présence de lésions de défense (au niveau des paumes des mains, la face dorsale des avant-bras et les bras et le bord ulnaire de l'avant-bras. Ce type de lésion est occasionné lorsque la victime interpose ses bras ou mains entre elles et l'arme dans le but de se protéger la face), plaies sur les vêtements, existence de plaies post mortem (tentative de dissimulation du cadavre).

- **Les objets contondants** (2^e moyen d'homicide), lésions au niveau de la tête, association avec d'autres procédés criminels.

- **Les brûlures criminelles** se voient surtout dans un contexte de sévices à enfant. Les brûlures sont utilisées comme moyen de dissimulation de l'homicide par incendie volontaire. Elles soulèvent plusieurs problèmes : identification, différenciation entre traces de violence et déchirures par carbonisation, la victime a-t-elle respiré dans le foyer d'incendie ?

- **Les accidents de la circulation** : sont utilisés comme moyen pour maquiller l'homicide en accident. Le rôle du médecin de préciser l'origine ante ou post mortem des lésions et de déterminer les lésions mortelles et l'objet vulnérant.

5.2. FORME SUICIDAIRE

Quelle que soit l'étiologie, on doit rechercher, lors de la levée de corps, l'absence de traces de lutte sur lieux, parfois la présence d'une lettre d'adieu avec graphologie compatible. L'étude des antécédents cherche l'existence de tentative de sui-

cide antérieure, d'antécédents de maladie psychiatrique, de maladies organiques chroniques (notamment neurologiques), situations difficiles (problèmes financiers, divorce, séparation).

- **Les brûlures** : représentent le 3^e moyen de suicide au LMLT ; la présence de lésions de brûlures en goutte est pathognomonique de l'utilisation de substances accélératrices (essence) avec une forte odeur de pétrole sur les vêtements.
- **Les armes blanches** : vêtements non lésés, déboutonnés ou écartés en regard de la blessure, la présence de plaie d'hésitation (plaies courtes, superficielles, parallèles entre elles situées à proximité d'une plaie plus importante. Ce type de lésions est évocateur d'une répétition d'essais avant que la victime ait trouvé suffisamment de courage pour s'asséner la lésion finale plus profonde), caractère groupé des lésions, topographie accessible des lésions (en fonction de son côté dominant), absence de lésions de défense, séquelles de phlébotomie ancienne.
- **Les accidents de la circulation** : rares et généralement sous-estimés. Dans tous ces cas, il s'agit d'un chauffeur d'une voiture qui entre volontairement en collision avec un camion.

5.3. FORME ACCIDENTELLE

L'origine accidentelle ne sera retenue qu'après avoir éliminé les autres formes.

Il s'agit surtout d'**accident de la circulation** (1^{re} cause de mort devant les morts subites) avec dans plus de la moitié des cas, les victimes sont des piétons. Des facteurs humains et des facteurs techniques sont incriminés. Le médecin doit rechercher la compatibilité des lésions observées avec les caractéristiques du véhicule impliqué. La prévention de ce fléau est une urgence.

- **Les traumatismes par les objets contondants** sont fréquents au cours des AT (chute d'objets lourds, éboulement de murs...)
- **Les brûlures électriques** surtout lors d'accident de travail (haut voltage, travail à proximité de lignes de distribution ou lors de travaux sur des installations électriques à l'intérieur de bâtiments) ou domestiques (bas voltage, installations défectueuses et non-conformes, l'utilisation d'appareils électriques à proximité de l'eau).
- **Les brûlures thermiques** lors d'AD (allumage imprudent d'un réchaud avec un produit liquide inflammable, une explosion d'une bouteille de gaz).
- **Arme blanche** : très rare, lors d'AT (projection de lame de disque), chez les enfants.

5.4. LÉSIONS DUES À UNE INTERVENTION MÉDICALE

Elles sont fréquentes. Observées lors de manœuvres de réanimation effectuées, initialement par les équipes du SAMU et de la PC et secondairement pendant l'hospitalisation.

- Les manœuvres entourant la ventilation artificielle (bouche à bouche, ventilation au masque ou à l'embout) peuvent être responsables de lésions traumatiques externes au niveau de la face : écorchure et ecchymose péribuccale et péri-narinaire.
- Les abords vasculaires sont presque toujours présents lors de l'intervention d'une équipe médicalisée. Ces abords sont responsables d'hématome de ponction.
- Les manœuvres de massage cardiaque externe doivent être systématiquement recherchées, car elles peuvent être à l'origine de fractures et d'hématome(s) de la région sterno-costale, mais aussi de lésions du parenchyme hépatique.
- La réalisation de chocs électriques externes est fréquente et peut être responsable de brûlures linéaires et rectangulaires, thoraciques.
- Les plaies de drainages thoraciques doivent être notées de façon minutieuse.

Dans tous les cas, ces gestes doivent être très précisément notés auprès du médecin réanimateur qui les a pratiqués. En effet, ils peuvent présenter un intérêt médico-légal important en cas de suspicion de suffocation orofaciale, de plaies par arme blanche, de traumatisme thoracique par objet contondant.

6. CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

Le simple constat d'une blessure par un praticien requis par la justice ou demandé par la victime peut avoir un retentissement sur plusieurs plans.

6.1. CONSÉQUENCES PÉNALES

Des sanctions pénales sont prévues dans le Code pénal tunisien (CPT) selon qu'il s'agit de blessures volontaires ou involontaires.

6.1.1 BLESSURES VOLONTAIRES

Le CPT, dans les articles 218/319, sanctionne, toute personne qui engendre une violence physique sur autrui. Mais pour la qualification de l'infraction, la jurisprudence tunisienne adopte la règle de 10 jours qui ne constitue pas, d'ailleurs, une règle absolue.

La durée de repos de 10 j est considérée comme limite :

- Si la durée de repos est > 10 j : violence importante ou grave.
- Si la durée de repos est ≤ 10 j : violence légère.
- CB volontaires légères et non mortelles : article 218 du CPT : 1 an de prison + amende de 1000 dinars.

De même, les séquelles éventuellement laissées par les blessures, qui seront évaluées par un taux d'IPP; ont pour conséquence selon l'art 219 du CPT.

- 1^{er} alinéa : si IPP ≤ 20 % : délit : jugé au tribunal de première instance (chambre correctionnelle) et la sanction ne dépassera pas 5 ans en général.
- 2^e alinéa : si IPP > 20 % : crime : jugé en appel (chambre criminelle) et la sanction peut dépasser les 5 ans.

6.1.2 BLESSURES INVOLONTAIRES

Pour les blessures involontaires, deux cas de figure peuvent se poser :

- CB involontaires non mortelles : article 225 du CPT : 1 an de prison + amende de 480 dinars.
- CB involontaires mortelles : article 217 du CPT 2 ans de prison + amende de 720 dinars.

6.2. CONSÉQUENCES CIVILES

La victime de coups et blessures ou d'accident de travail peut demander la réparation du dommage subi.

7. RÔLE DU MÉDECIN

Le rôle du médecin est fondamental sur le plan médical et sur le plan médico-légal.

7.1. TRAITEMENT

Le médecin doit fournir soins et traitements nécessaires à la victime, demander les examens complémentaires indispensables et l'adresser au médecin spécialiste en cas de besoin.

7.2. CONSTATATION

Le médecin qui examine une personne présentant des lésions traumatiques doit lui délivrer un **certificat médical initial** (CMI) détaillant les lésions qu'elle présente avec fixation d'une durée de repos. Ce CMI constitue la pierre angulaire de l'affaire portée en justice ou pour bénéficier d'une indemnisation. Il est nécessaire alors que le médecin connaisse bien la définition de chaque lésion, afin que sa description soit la plus précise que possible, et d'apprécier son intérêt médico-légal pour donner l'importance nécessaire à chaque détail.

7.3. ÉVALUATION

Le médecin commis comme expert doit rédiger un rapport d'expertise détaillé en précisant les séquelles que présente la victime sur le plan fonctionnel ainsi que sur le plan esthétique et professionnel.

7.4. SIGNALEMENT

Le médecin a une obligation de signalement des enfants victimes de sévices ou de mauvais traitement au délégué à la protection de l'enfance ou aux autorités judiciaires.

Si le décès est la conséquence d'une lésion traumatique, le médecin doit déclencher la procédure judiciaire en précisant sur le certificat de décès qu'il s'agit d'un **obstacle médico-légal** à l'inhumation. En effet, l'OML doit être coché en cas de mort violente, suspecte ou subite, quel que soit le délai entre l'événement responsable de la mort et la mort elle-même.

7.5. PRÉVENTION

Ce rôle est primordial surtout en matière d'accidents de la circulation. Dans certains pays, l'amélioration constante des mesures de prévention a permis une nette diminution des décès et des accidents graves de la circulation. L'amélioration constante des véhicules, de l'état des routes, l'obligation du port de la ceinture de sécurité, la limitation de vitesse, constituent des mesures de prévention des plus efficaces. L'obtention du permis de conduire doit être soumise à des règles strictes.

7.5.1. MESURES MÉDICALES :

Un certain nombre d'actions médicales aussi bien préventives que curatives doivent être entreprises pour réduire ce fléau. En effet, les médecins qui ont combattu pour réduire à des données infimes les causes des décès, de maladies et d'infirmités chez les enfants et les adolescents ne doivent pas assister en spectateur à ce que l'on appelle un « intolérable holocauste ».

Aller au travail ou se promener en voiture ne doit pas comporter de dangers.

a/ Mesures préventives :

- La visite médicale d'aptitude à la conduite des véhicules :

Il importe de rappeler que parmi les facteurs humains responsables des accidents de la circulation, figurent certaines infirmités physiques incompatibles avec la conduite de véhicules motorisés.

Les médecins doivent les connaître et déclarer inaptes les sujets porteurs de ces infirmités.

- La connaissance des effets de certaines drogues pouvant perturber la vigilance ou l'équilibre des conducteurs.

Il est du devoir du médecin avant de les prescrire d'en informer les intéressés.

b/ Mesures curatives :

- Importance pronostique de la qualité du ramassage du blessé et des premiers soins de déchocage.

Un tel travail de qualité ne peut être que le fait d'équipes spécialisées du CAMU qui doit être généralisé dans tous les gouvernorats.

Il importe d'éviter les manipulations « tous azimuts » qui permet de « dédramatiser » la situation et d'orienter vers le ou les systèmes les plus atteints, de prendre les clichés indispensables, d'immobiliser une fracture, suspendre un volet, évacuer une plèvre, éventuellement pratiquer une trachéotomie.

Simultanément se pose la question d'un éventuel hématome extradural particulièrement délicate à régler chez le blessé et le mieux en cas de doute est de faire un trou de trépan explorateur.

- Cette éventualité mise à part, dès que la stabilisation des équilibres vitaux sera assurée, les diverses actions chirurgicales, nécessaires doivent être entreprises. Elles peuvent être multiples et le danger qu'il y ait à faire transférer un blessé de service spécialisé en service spécialisé est si évident que la création de services de traumatologie d'urgence paraît nécessaire surtout dans les grands centres universitaires de notre pays.

Enfin, les plaies craniocérébrales nécessitent de toute évidence le transport immédiat en neurochirurgie non sans avoir au besoin assuré l'hémostase d'un vaisseau important du cuir chevelu et désinfecté. Leur diagnostic est en général facile du fait de l'issue de liquide et de matière cérébrale par la plaie.

- La nécessité de confronter les résultats des examens des lésions anatomiques avec les tableaux cliniques et les données paracliniques en cas de décès pour mieux comprendre les modalités évolutives et les mécanismes d'aggravation des traumatismes crâniens. En effet, malgré la surveillance médicale appropriée, parfois l'évolution capricieuse et incertaine. D'ailleurs, on connaît les disproportions parfois énormes entre un traumatisme apparemment bénin et les lésions tomodensitométriques à la phase aiguë, ce qui repose le problème si difficile des conséquences médico-légales des lésions provoquées par l'accident de la circulation et notamment de la réparation des dommages.

7.5.2. MESURES TECHNIQUES :

- a. Entretien convenable des véhicules et contrôles techniques périodiques de leurs principaux organes.
- b. Utilisation obligatoire de la ceinture de sécurité dans les voitures pour éviter la projection lors des chocs et le port obligatoire du casque pour les utilisateurs de deux roues.
- c. Amélioration et entretien convenable du réseau routier.
- d. Interdiction de placer les enfants sur le siège avant.
- e. Obligation pour les piétons de marcher à gauche de la chaussée et d'être munis la nuit d'un dispositif réfléchissant.
- f. L'adjonction du permis de conduire d'une épreuve sur la connaissance des gestes élémentaires de secours.

7.5.3. MESURES PSYCHOLOGIQUES :

Importance de la discipline de tous les utilisateurs de la voie publique.

- Campagnes audiovisuelles et écrites d'information et d'éducation du public.
- Renforcement des mesures « dissuasives » à l'intention des auteurs d'infractions du Code de la route : « la peur du gendarme »

8. CONCLUSIONS

La traumatologie médico-légale rassemble des sujets très vastes concernant les violences volontaires et involontaires.

Au-delà de son rôle de clinicien thérapeute, le médecin doit remplir son rôle médico-légal à travers la délivrance de certificats médicaux de coups et blessures qui doivent être détaillés et descriptifs, étant donné les conséquences juridiques pénales et civiles, et les répercussions socioéconomiques qui en découlent.

Compte tenu des enjeux médico-légaux des constatations qu'il fait, le médecin doit toujours s'efforcer de rester prudent et objectif au cours de l'examen des lésions traumatiques. Sa responsabilité médicale peut être engagée.

DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DES BLESSURES PAR ARMES À FEU

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Identifier à l'examen d'une personne une blessure par projectile d'AAF
- Distinguer un orifice d'entrée d'un projectile d'AAF d'un orifice de sortie
- Estimer approximativement, à l'examen d'une blessure par AAF, la distance de tir
- Adopter une stratégie médico-légale adéquate en cas de mort par AAF

PLAN

1. Introduction

2. Notions de balistique

2.1. Classification

- 2.1.1. Selon la longueur du canon
- 2.1.2. Selon la munition

2.2. Interaction projectile - cible

3. Diagnostic positif : TDD : plaie par projectile type balle chez une personne décédée

3.1. Anamnèse

3.2. Levée du corps

3.3. Examen externe

- 3.3.1. Orifice d'entrée
- 3.3.2. Orifice de sortie

3.4. Autopsie

3.5. Examens complémentaires

- 3.5.1. Radiographie
- 3.5.2. Prélèvement de résidus de tir
- 3.5.3. Examen histologique
- 3.5.4. Toxicologie

3.6. Expertise balistique

3.7. Reconstitution des faits

4. Formes cliniques

4.1. Selon la distance de tir

- 4.1.1. Tir à bout touchant
- 4.1.2. Tir à bout portant ou à courte distance
- 4.1.3. Tir à distance intermédiaire
- 4.1.4. Tir à grande distance

4.2. En fonction du type de projectile

4.3. En fonction du siège anatomique

4.4. En fonction de l'angle de tir

4.5. Situations particulières

- 4.5.1. Plaies d'entrée atypique
- 4.5.2. Plaies de sortie atypique
- 4.5.3. Chez le vivant

5. Diagnostic différentiel

6. Forme médico-légale

6.1. Criminelle

6.2. Suicidaire

6.3. Accidentelle

7. Rôle du médecin

8. Conclusion

1. INTRODUCTION

Les blessures par armes à feu (AAF) sont la conséquence des effets lésionnels d'un **projectile** d'AAF, laissées sur le corps d'une personne. À sa sortie de l'arme, le projectile est animé d'une énergie cinétique qui détermine le caractère perforant et grave de lésions. Ces lésions pouvant engager le pronostic vital ou être à l'origine de séquelles physiques et psychiques parfois lourdes. L'aspect des lésions est caractéristique, mais dépend de la nature de l'arme et du projectile, de la région anatomique atteinte et de la distance de tir. Il s'agit d'une plaie contuse pénétrante ou perforante.

D'habitude les blessures par AAF sont rares dans l'activité thanatologique tunisienne du fait de la législation stricte et répressive concernant ce type d'arme, mais elles sont devenues fréquentes après la révolution de 2011. Dans le LML de Tunis, on a passé de 8 à 10 cas de décès par AAF par an avant 2011 à plus de 70 en 2011 et à 90 cas en 2015.

Le diagnostic n'est pas toujours aisé et le médecin peut s'aider d'examens complémentaires notamment la radiologie et l'expertise balistique effectuée par la police scientifique.

C'est ainsi, que tout médecin quel que soit son mode d'exercice et son secteur d'activité, doit être capable de reconnaître une plaie par AAF.

Si la mort est le résultat d'une plaie par AAF, elle est considérée comme mort violente et le médecin doit cocher la case Obstacle médico-légal à l'inhumation sur le Certificat médical de Décès mettant en marche ainsi la procédure médico-légale qui aboutira à une autopsie qui pour objectif de déterminer la cause et les circonstances de la mort.

2. NOTIONS DE BALISTIQUE

2.1. CLASSIFICATIONS DES ARMES

Plusieurs classifications existent, nous verrons les plus simples basées sur la longueur du canon et sur le type de munition.

2.1.1. SELON LA LONGUEUR DU CANON

Il y a trois principales catégories suivant leurs caractéristiques propres et leurs utilisations.

A. Armes longues ou d'épaule

Possèdent une crosse leur permettant d'être épaulées. On en distingue :

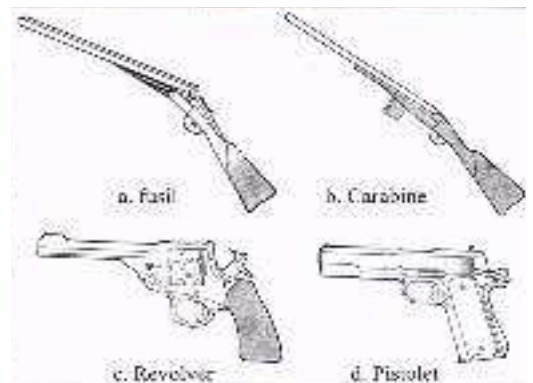
A1/ Fusils : (schéma)

Fusils de chasse : Ces armes, destinées à la chasse, tirent généralement des cartouches à plomb. Ils possèdent en général deux canons lisses, disposés parallèlement, juxtaposés ou superposés et dont l'un des canons présente, vers la bouche, un rétrécissement (Choke) qui a pour effet de concentrer le faisceau de plomb, donnant ainsi une précision meilleure à une plus longue distance.

Fusils de guerre : Ils possèdent un canon rayé et un système d'alimentation rapide. Tirent des cartouches à balles. Les rayures du canon du tir en conférant au projectile des mouvements de rotation qui augmentent sa précision. La vitesse moyenne de la balle lors de sa sortie du canon est estimée entre 600 et 1200 m/s.

Fusils d'assaut : armes à réglementation militaire. Ils fonctionnent avec des munitions de petit calibre à haute vitesse initiale (armée tunisienne sont de type «STEYR»).

A2/Carabines : Il peut s'agir de canon lisse tirant des cartouches à plomb ou de canon rayé tirant des balles. On distingue, les **carabines de tir** qui tirent des balles à plomb nu, les carabines de grande chasse qui servent à différentes chasses de gibier et les **carabines de guerre** dont leur portée utile ne dépasse pas les 300 m.



B. Armes de poing

Ce sont des armes légères, à canon court (poids inférieur à 1 kg), peu puissantes destinées à être utilisées d'une seule main. La vitesse de la balle est généralement inférieure à 340 m/s.

Revolvers (schéma) : Ont les cartouches placées dans un barillet (5-6 cartouches). Lorsque le tireur appuie sur la détente, le barillet tourne jusqu'à ce qu'une balle se présente en face du canon. Le barillet se bloque et le doigt appuyant toujours sur la détente, le percuteur vient retomber sur la cartouche qui va exploser.

Pistolets (Schéma) : Possèdent un chargeur amovible de plusieurs cartouches (6-10), localisé dans la crosse. Lorsque le tireur appuie sur la détente, le percuteur fait exploser une cartouche. L'explosion fait reculer la culasse, ce qui permet l'éjection de la douille vide. Lorsque la culasse revient en avant, elle entraîne avec elle une nouvelle cartouche montée du chargeur et l'arme est prête pour un nouveau tir.

C. Armes intermédiaires : pistolets mitrailleurs

Ce sont des armes automatiques à tir continu. Leur capacité au tir en rafale les rend responsables de lésions multiples et très délabrantes.

2.1.2. SELON LA MUNITION

Classiquement, on distingue deux types de munitions :

A. Cartouche à balle (figure)

Une cartouche à balle est constituée de quatre éléments principaux :

Douille ou étui : C'est l'élément qui maintient tous les constituants de la cartouche. Les propriétés de la douille sont de pouvoir se dilater pour épouser les parois et empêcher les gaz de s'échapper vers l'arrière, de se rétracter pour permettre une extraction facile.

Amorce : C'est l'explosif primaire sensible au choc. Sa percussion permet sa combustion, puis la mise à feu de la poudre. Les amorces actuelles comprennent du sulfure d'antimoine ou du nitrate de baryum. La recherche de ces résidus sur les mains des individus permet de confondre le tireur du coup de feu.

Charge propulsive ou poudre : C'est sa combustion qui va donner l'énergie cinétique au projectile. Elle se consume lentement avec une inflammation progressive, ce qui lui donne de très fortes vitesses initiales.



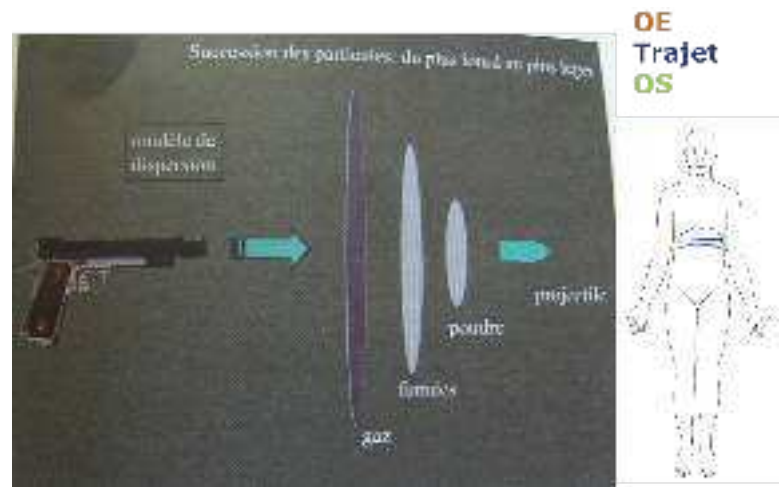
Agent vulnérant : C'est l'élément expulsé par le canon lors du tir. Les balles blindées contiennent du plomb, avec un chemisage en cuivre, acier nickelé ou aluminium. Elles sont de forme ogivale (armes de poing) ou pointue (fusils de guerre).

B. Cartouches à charge de plomb (munitions de fusils de chasse)

Mêmes constituants avec une différence dans l'agent vulnérant constitué par un assemblage de grains de plombs sphérique (dont le diamètre est variable selon le calibre de la cartouche), l'existence d'une bourre, en liège ou en plastique, qui sert de base à la propulsion aux grains de plomb et un étui en papier ou en plastique le plus souvent.

2.2. INTERACTION PROJECTILE CIBLE

Lors du tir, le projectile est doté d'une grande vitesse (voisine de celle du son) est accompagné sur une courte distance (variable selon le type d'arme), par les gaz, la fumée et les déchets solides provenant de la combustion de la poudre qui entraîne une formation de gerbe elliptique qui donne un aspect spécifique sur le corps de la victime. Lorsque le projectile atteint sa cible, il occasionne trois types de lésions : un orifice d'entrée constant, un trajet dans le corps et un orifice de sortie : inconstant. L'examen médico-légal aura à déterminer ces différents éléments.



3. DIAGNOSTIC POSITIF : PLAIE PAR PROJECTILE TYPE CARTOUCHE À BALLE CHEZ UNE PERSONNE DÉCÉDÉE

Se base sur 7 étapes essentielles et complémentaires.

3.1. ANAMNÈSE

Repose sur l'interrogatoire de l'entourage du défunt et des données de l'enquête judiciaire.

- antécédents pathologiques et psychiatriques;
- notion de période difficile (conflit conjugal, difficultés financières ou professionnelles, déception sentimentale, échec scolaire...);
- notion de possession ou d'acquisition récente d'AAF;
- dernière fois, vu vivant;
- le caractère droitier ou gaucher du défunt;
- présence de témoin;
- circonstances de découverte;

3.2. LEVÉE DE CORPS

Examen du corps sur place et en place avec examen des lieux (signe d'ordre ou désordre).

Le médecin doit :

- Préciser les conditions météorologiques si le cadavre est retrouvé à l'extérieur (pluie peut faire disparaître des caractéristiques importantes des lésions) avec prise de la température ambiante;
- Examiner les signes cadavériques avec prise de la température du corps (rectale);
- Noter la position du cadavre et la position d'une arme éventuelle;
- Rechercher des douilles vides;
- Rechercher des impacts de balles sur des écrans ou des cibles intermédiaires;
- Rechercher et examiner les traces de sang sur le corps notamment au niveau des mains, sur l'arme et sur le sol. L'orientation, la forme des traces peut être utile pour la compréhension des faits (mouvements de la victime alors qu'elle était vivante ou déplacement secondaire du corps après le décès);
- Procéder à une isolation des mains et des avant-bras dans des sacs en papier cartonné (ne pas perdre des indices lors des relevés de poudre effectués par les services de la police scientifique et technique);
- Prendre des photographies lors de chaque étape (vue globale puis lors de découverte intéressante);
- Le cadavre ne doit pas être déshabillé avant d'être placé dans une housse en plastique. Il s'agit, en effet, de la seule méthode pour ne pas risquer de perdre ou de faire tomber un projectile lors de la mobilisation. L'examen des vêtements recherchera des pertes de substances ovalaires ou cylindriques (orifice de passage de la balle) avec précision des directions des fibres de tissus et la congruence avec les plaies observées sur le corps. Une zone large entourant ces pertes de substances doit être prélevée pour examen au microscope et mise sous **scellés**;

- Il ne faut jamais procéder à la matérialisation des trajectoires, sur le corps, par des guides ou tiges métalliques à travers les orifices des vêtements et cutanés;
- Examen sommaire du corps pour noter les lésions traumatiques.

3.3. EXAMEN DU CORPS

L'examen du corps entamé sur les lieux de sa découverte doit être repris à la salle d'autopsie sous un bon éclairage.

L'aspect des blessures par projectile provenant d'une AAF est très caractéristique.

Lorsqu'un projectile atteint un individu, l'examen du corps peut montrer deux types de lésions : une plaie ou **orifice d'entrée** (CE) et de façon inconstante une plaie ou **orifice de sortie** (OS).

Ces plaies ne doivent pas être lavées ni grattées de leur sang coagulé. Le lavage et/ou le grattage peuvent léser les berges des plaies et rendre l'interprétation future difficile et peuvent faire disparaître des grains de poudre ou toutes autres incrustations métalliques sur les berges, rendant l'intervention des services d'identification plus délicate.

3.3.1. ORIFICE D'ENTRÉE

L'aspect d'un orifice d'entrée d'un projectile d'arme à feu dépend de :

- Type d'arme et de munition
- La distance de tir et l'angle de tir
- La région atteinte

L'orifice d'entrée typique se présente sous la forme d'une plaie contuse constituée, de dedans en dehors, par :

a. Orifice d'entrée proprement dit © : c'est une perte de substance de forme variable en fonction de l'incidence du tir. L'aspect est en général net, régulier à l'emporte-pièce. Le diamètre de cet orifice dépend essentiellement de celui du projectile, de l'élasticité propre de la peau et de la distance de tir.

- Dans les tirs à longue distance, le diamètre est inférieur au calibre du projectile.
- En revanche, dans les tirs à bout touchant, il est supérieur au calibre du projectile.

b. Collerette d'essuyage : Elle est située immédiatement sur le pourtour de l'orifice d'entrée. Elle revêt un aspect de liséré noirâtre, circulaire et est pathognomonique de la plaie d'entrée qui correspond à l'essuyage du projectile sur la peau au niveau de la plaie d'entrée. Elle est faite de dépôts de crasses (souillure, graisse, débris de rouille) dont le projectile s'est chargé dans la chambre tir et le canon. Cette collerette d'essuyage peut être absente s'il y a interposition de vêtements (l'essuyage aura lieu à ce niveau).

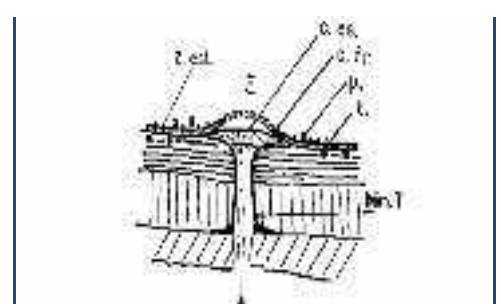
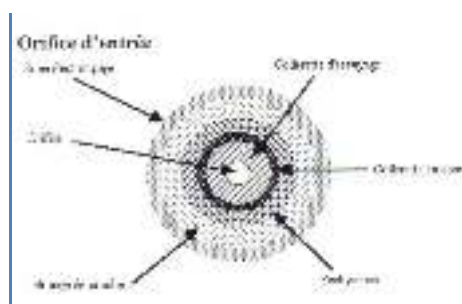
c. Collerette érosive épidermique © : C'est une abrasion épidermique des berges de l'orifice le long de sa circonférence. Elle est située un peu en dehors de la collerette d'essuyage. Elle est secondaire à l'action mécanique du passage du projectile à travers la peau. Elle se parchemine rapidement après le décès. Elle devient plus nette après quelques heures et prend la forme de couronne. Sa forme est variable, elle est circulaire et concentrique lorsque le projectile rentre perpendiculairement à la peau et plus ou moins oblongue et excentrique dans les autres cas. Quelle que soit la distance de tir, la collerette érosive est constante au niveau de l'CE, sauf exception (CE au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds).

d. Hémorragie en T © : Il s'agit d'une infiltration ecchymotique avec décollement dermoépidermique associée à un manchon hémorragique cernant l'orifice d'entrée et s'étendant jusqu'en région sous-dermique. Elle représente un signe de vitalité de la plaie.

e. Tatouages : Elle intéresse la zone cutanée la plus périphérique de la plaie d'entrée.

Elle est composée de :

- **Une zone de tatouage proprement dite** qui est constituée par des débris de grains de poudre partiellement ou entièrement brûlés plus ou moins profondément incrustés dans la peau, ainsi que par un dépôt d'une fine poussière superficielle provenant de la combustion de la poudre. Cette zone peut être absente si la combustion de la poudre a été totale ou s'il y a interposition de vêtements. Elle n'est nettement observée qu'en cas de tir de distance intermédiaire (entre 60 et 90 cm). Ces lésions cutanées ne peuvent être enlevées par le lavage simple.
- **Une zone d'estompage** : plus périphérique, qui correspond au dépôt pulvérulent grisâtre. Elle prend un aspect de suie que le lavage ou l'essuyage font disparaître. Sa forme est variable en fonction des caractéristiques internes du canon.



3.3.2. ORIFICE DE SORTIE

La plaie de sortie est **inconstante** et présente des caractéristiques moins précises que la plaie d'entrée. Toutefois, la différenciation entre un **CE** et un **OS** est très importante, car elle permet de préciser le sens du tir et de pratiquer une reconstitution précise du trajet.

La plaie de sortie se différencie de la plaie d'entrée par :

- sa forme très variable : dépend de la région anatomique et du type de munition
- son diamètre qui est souvent plus grand.
- ses bords irréguliers, ayant parfois un aspect d'éclatement à fragments repoussés vers l'extérieur.
- l'absence de zone d'essuyage, de collerette érosive ainsi que de tatouage.
- il n'y a pas de perte de substance si on rapproche les berges.

Les caractéristiques des plaies de sortie dépendent des projectiles eux-mêmes et également de la région de sortie.

Les CE et OS doivent être décrits avec précision en s'aidant de photos et de schémas :

Il faut prendre soin de noter et d'évaluer :

- leur situation par rapport à deux plans fixes (plante des pieds et ligne médiane).
- le nombre de plaies d'entrée et de sortie.
- leur direction, leur dimension, leur profondeur.
- leur caractère hémorragique ou non (plaies post-mortem ou ante-mortem).

Les autres lésions traumatiques doivent être répertoriées avec la réalisation de crevées.

3.4. AUTOPSIE

Si c'est possible, elle est effectuée en présence d'un expert balistique. N'a de sens que si elle est complète et respecte un protocole rigoureux.

L'autopsie doit être précédée :

- d'un balayage **radiologique** du corps qui sera d'une aide précieuse de la reconstitution du tir (radio F+P);
- de l'examen des vêtements en place puis une fois enlevés. La manipulation des vêtements doit être faite avec précaution pour éviter le transfert des résidus de tir d'une région à une autre. Le médecin doit vérifier que les pertes de substances observées sur les vêtements correspondent à des blessures sur le corps et évaluer le caractère éversé vers l'extérieur ou l'intérieur des fibres du tissu.

L'autopsie permet de dresser le bilan lésionnel et de donner une description des **trajets** anatomiques des blessures. Deux types de lésions peuvent être mis en évidence au niveau des organes :

- une cavité permanente due à l'action mécanique du projectile
- une cavité temporaire périphérique due à l'effet de l'énergie cinétique perdue au cours du trajet

Le siège anatomique terminal de la balle intracorporelle ou de ses fragments les plus importants doit être précisé ainsi que la profondeur de pénétration.

Il faut éviter l'utilisation de sondes avant la dissection complète plan par plan, car le sondage peut créer un nouveau trajet, modifier la blessure ou déplacer le projectile. Ce n'est qu'après l'étude des trajets dans les tissus, que les trajectoires peuvent être matérialisées par des tiges légères et à bout mousse.

L'autopsie permet d'estimer à l'aide de rapporteur les trajectoires avec repérage de l'angle du tir par rapport à au moins 2 plans de l'espace (plan horizontal et vertical). Il faut savoir que cette estimation de la trajectoire du projectile n'est qu'approximative, car la trajectoire balistique rarement rectiligne avec possibilité de ricochet interne contre un plan dur. De plus toutes les modifications de densité organique au fur et à mesure de la progression du projectile peuvent entraîner une modification de la trajectoire. Dans tous les cas, il faut confronter les données de l'autopsie avec les données radiologiques.

Le projectile même fragmenté présent dans le corps doit être prélevé et placé sous **scellé** pour expertise balistique pour l'identification de l'arme.

3.5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

3.5.1. RADIOLOGIE

L'emploi de la radiographie est inappréciable pour l'étude des blessures par AAF. En règle générale, des radiographies doivent être prises dans tous les cas de blessures par AAF, spécialement chez les cadavres putréfiés ou carbonisés.

La radiographie est utile pour une foule de raisons :

- Pour voir si la balle ou une partie de la balle est toujours dans le corps.
- Pour localiser la balle.

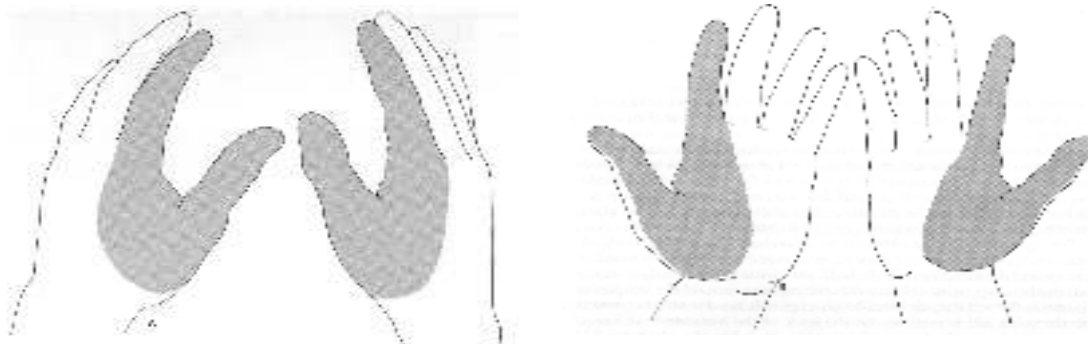
- Pour localiser, en vue de leur extirpation, les petits fragments déposés dans le corps par une balle qui en est ressortie.
- Pour identifier, avant l'autopsie, le type de munition ou d'arme qui a été utilisé ou pour réaliser une telle identification s'il n'a pas été possible de le faire au cours de l'autopsie.
- Pour repérer le trajet de la balle.
- éliminer des artefacts notamment des objets métalliques (la « tige » d'une fermeture à glissière a souvent l'aspect d'une balle légèrement champignonnée, une couronne dentaire désinsérée peut simuler une balle aplatie)

L'utilisation de la radiographie pour localiser une balle économise un temps appréciable lors de l'autopsie comme dans le cas d'embolie par balle ou lorsque le trajet de balle se termine à l'intérieur d'un muscle et qu'aucun projectile n'est présent à l'extrémité du trajet.

3.5.2. PRÉLÈVEMENT DE RÉSIDUS DE TIR

La possibilité de déterminer si une personne a tiré un coup de feu est d'une grande importance lors des enquêtes concernant aussi bien les homicides que les suicides.

Il existe plusieurs méthodes pour l'analyse des résidus de tir dont la plus simple est un test chimique colorimétrique qualitatif pour détecter la présence de baryum, d'antimoine et de plomb sur les mains des tireurs. Ces métaux, qui ont pour origine l'amorce de la munition tirée par une arme, sont déposés sur le dos de la main qui a tiré, en particules discrètes.



3.5.3. EXAMEN HISTOLOGIQUE

Permet de distinguer entre un CE et un OS dans les cas litigieux en mettant en évidence les dépôts de poudre au niveau de l'CE et permet de différencier une blessure ante ou PM.

3.5.4. TOXICOLOGIE

Les prélèvements sont systématiques pour la recherche une imprégnation par un produit toxique ou une **soumission chimique**. On peut prélever du SC, CG ou des urines.

3.6. EXPERTISE BALISTIQUE

Sera faite au laboratoire de balistique de la PS. Le but est d'identifier l'arme et la munition extraite lors de l'autopsie et la douille retrouvée sur les lieux. Des tirs d'essais pour estimer la distance et l'angle du tir avec la même arme si on a pu l'identifier ou des armes similaires.

3.7. RECONSTITUTION DES FAITS

Il est souhaitable que le médecin expert assiste à la reconstitution des faits pour valider les conclusions prises au décours de l'autopsie et avoir une idée sur les positions des protagonistes présents sur la scène de crime aux moments des faits.

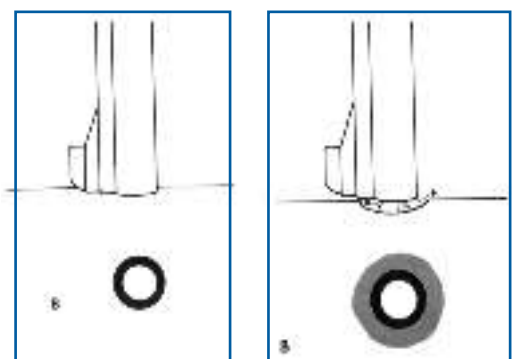
4. FORMES CLINIQUES

4.1. SELON LA DISTANCE DE TIR

4.1.1. TIR À BOUT TOUCHANT

Dans les blessures à bout touchant, la bouche de l'arme est au contact du corps quand le coup de feu est donné. Les blessures peuvent être à bout touchant appuyé ou non appuyé.

- Dans les blessures à bout touchant appuyé, la bouche de l'arme est en étroit contact avec la peau, s'enfonçant en elle de telle façon que cette dernière entoure la bouche. Les abords immédiats de l'entrée de la plaie sont parcheminés par les gaz brûlants de combustion ainsi que noircis par la suie. Cette suie est incrustée dans la peau parcheminée et ne peut être complètement enlevée ni par lavage ni par brossage énergétique de la blessure.



Selon la localisation anatomique, on peut trouver une **chambre de mine** sous-jacente qui résulte de l'expansion brusque des gaz de combustion dans les tissus sous-cutanés (effet blast). Cette chambre de mine peut modifier l'aspect de l'CE avec à l'examen une plaie contuse avec des déchirures stellaires +/- communicantes et délabrantes.

De façon inconstante, on peut noter une abrasion en périphérie de l'orifice reproduisant l'empreinte complète ou incomplète du canon (circulaire ou semi circulaire). Cet aspect peut aider à déterminer la position de l'arme au moment du tir.

4.1.2. TIR À BOUT PORTANT OU À COURTE DISTANCE

Dans ces blessures, la bouche de l'arme n'est pas en contact avec la peau, mais est située à courte distance de celle-ci. Néanmoins, la distance de tir est assez courte pour que les grains de poudre issus de la bouche ne puissent pas se disperser et marquer la peau. Sur la peau, il existe un orifice d'entrée entouré d'une large zone de suie de poudre se superposant à la peau parcheminée et noircie. La zone de suie disparaît au lavage.

Au fur et à mesure que la distance entre la bouche et la cible s'agrandit, la taille de la zone noircie par la suie augmente en même temps que sa densité décroît. Cette distance est estimée de façon approximative à 30 cm pour les armes de poing.

4.1.1. TIR À DISTANCE INTERMÉDIAIRE

Est celle dans laquelle l'arme est tenue à distance du corps au moment du tir, mais d'une façon assez rapprochée pour que des grains de poudre éjectés de la bouche de l'arme en même temps que la balle produisent un « **tatouage** » de la peau. Le tatouage consiste en de nombreuses lésions punctiformes brun-rougeâtre à orange-rouge entourant l'orifice d'entrée d'une blessure produite par l'impact des grains de poudre sur la peau. Il ne s'agit pas de brûlures, mais plutôt d'abrasions punctiformes et ne peuvent être enlevées par essuyage. Le tatouage par la poudre est un phénomène ante mortem et indique que la victime était vivante au moment où la balle a été tirée. Cette distance est estimée de façon approximative entre 60 et 90 cm pour les armes de poing.

4.1.2. TIR À GRANDE DISTANCE

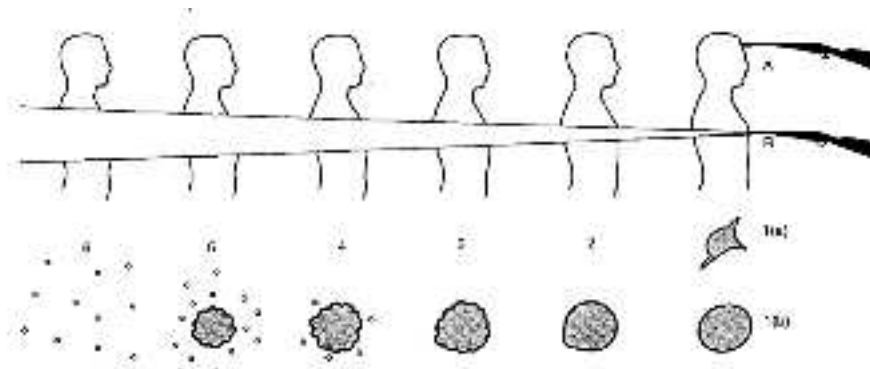
Dans les blessures à grande distance, les seules marques produites sur la cible sont celles de l'action mécanique de la balle perforant la peau. Il n'y a ni zone de tatouage ni de suie visible sur la cible. Comme ordre de grandeur, il s'agit de distance supérieure à 1,5 m.

4.2. EN FONCTION DU TYPE DE PROJECTILE

Les particularités des blessures par projectile type cartouche à grains de plomb sont fonction de la distance du tir :

- si tir à très courte distance (bout touchant ou portant) : l'aspect de l'orifice d'entrée est similaire à celui occasionné par un projectile type cartouche à balle. Les grains de plomb se comportent comme une balle unique.
- Si tir à distance intermédiaire < à 60 cm : l'CE est unique, mais de grande dimension (≈ 2 cm). La bourre est fréquemment retrouvée à l'intérieur du corps, dans le prolongement de la blessure pour des distances allant jusqu'à un mètre. Parfois on observe une abrasion satellite de la plaie d'entrée due à l'impact de la bourre sur la surface cutanée (marque de bourre). Le tatouage de poudre est moins dense que celui observé dans les armes de poings, car la combustion de poudre est plus complète du fait de la longueur du canon.
- Si tir à grande distance : À mesure que la bouche du fusil de chasse s'éloigne du corps, le diamètre de la blessure circulaire d'entrée augmente en taille jusqu'à qu'il atteigne un point où chaque plomb a tendance à se séparer de la masse principale. De façon arbitraire, car les distances varient en fonction de l'arme, de la munition...
 - Entre 60 et 120 cm : dispersion débutante. Orifice toujours unique, mais à berges festonnées, crénelées.
 - 90 à 150 cm : CE principal associé à des orifices satellites correspondant à la pénétration de plombs erratiques qui commencent à se dissocier de la charge principale.
 - À partir de 2 mètres : multiples orifices dispersés. La bourre dérive latéralement et provoque un impact sur la peau adjacent à l'orifice d'entrée, sans pénétrer.

Sur le cadavre, on mesure le \varnothing maximal de la dispersion de la **gerbe** de plomb pour essayer de déterminer la distance du tir (en comparaison avec des tirs d'essai au labo de la PS).



4.3. EN FONCTION DU SIÈGE ANATOMIQUE

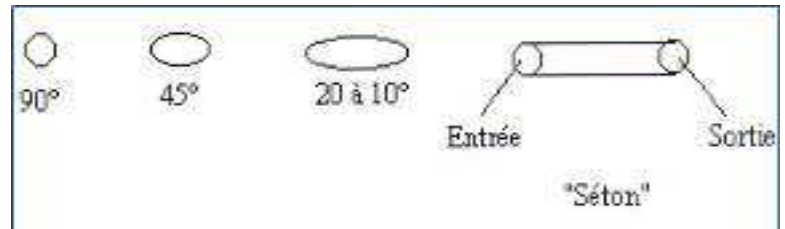
Les lésions par balle au niveau du crâne ont un aspect très particulier. La direction de la balle ayant perforé le crâne peut être déterminée d'après l'aspect des orifices osseux :

- Œ osseux :
 - table externe : perte de substance à l'emporte-pièce
 - table interne : cône évasé vers l'intérieur sur le versant endocrânien
- OS osseux :
 - Table interne : aspect à l'emporte-pièce
 - Table externe : cône évasé sur le versant exocrânien

4.4. EN FONCTION DE L'ANGLE DE TIR

L'Œ est de forme variable en fonction de l'incidence du tir :

- circulaire en présence d'un tir strictement perpendiculaire;
- oblongue ou ovale en cas de tir oblique.
- en **séton** : en cas de tir tangentiel. Les blessures tangentielles sont des blessures superficielles liées au frottement mécanique d'un projectile rasant la surface cutanée sans orifice individualisable ou traversant les tissus sous-cutanés sans pénétrer davantage.



4.5. SITUATIONS PARTICULIÈRES

4.5.1. PLAIE D'ENTRÉE ATYPIQUE

- Peut s'observer en cas de blessures de **réentrée** : les blessures par réentrée se produisent quand une balle a traversé le corps de part en part avant de réentrer dans un autre endroit. La plupart du temps, ceci se produit quand une balle perce un bras avant de pénétrer dans le thorax. Une blessure par réentrée est en général caractérisée par une large collerette d'abrasion irrégulière et un large orifice d'entrée irrégulier dont les berges sont déchiquetées.
- en cas de fragmentation du projectile sur un écran ou une cible intermédiaire : on peut trouver des Œ multiples.
- en cas de **ricochet** du projectile contre une surface dure (exemple balle qui fait un ricochet sur la colonne vertébrale et migre dans l'aorte et retrouvée au niveau d'une artère iliaque) : la balle se déforme et est rendue instable avant son entrée dans le corps. Les blessures d'entrée tendent à être plus grandes et plus irrégulières. Les berges de l'Œ sont généralement déchiquetées, entourées d'une zone importante et irrégulière de peau érodée. Les blessures produites sont aussi bien pénétrantes que perforantes.
- **orifice d'entrée au niveau d'un orifice naturel** : vagin bouche, anus, diagnostic difficile surtout s'il n'y a pas d'orifice de sortie.

4.5.2. PLAIE DE SORTIE ATYPIQUE

- Peut être multiples si fragmentation ou déchemisage du projectile lors de la traversée du corps.
- OS volumineux correspondant à des esquilles osseuses, projectile toujours in situ.

4.5.3. CHEZ LE VIVANT

L'aspect classique des lésions décrites sur le cadavre peut ne pas être constaté chez une personne vivante et l'expertise s'avère difficile (comme le cas des blessés de la révolution tunisienne) si l'examen de la lésion est pratiqué à distance du traumatisme, lorsque le projectile a été retiré du corps lors d'une chirurgie ou quand il s'agit d'une blessure perforante avec OS au niveau du membre par exemple.

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les blessures par projectile d'AAF doivent être distinguées :

Œ : doit être différencié des plaies par objets piquants. Dans ce cas, la collerette érosive qui est un élément constant de l'Œ est absente et on n'observe pas de perte de substance.

OS : doit être différencié des plaies contuses engendrées par un objet contondant ou une surface contondante. Ces plaies sont caractérisées par leur aspect irrégulier, berges déchiquetées avec la persistance de ponts ou bridges au fond de ces plaies correspondant aux bandes de tissu conjonctif qui n'ont pas été coupées. En plus, les bords de ces plaies contuses sont éversés de dehors en dedans.

Plaie en sillon : simuler une écorchure : prudence
Artefacts en radiologie : tige de fermeture balle aplatie
Défaut osseux sur un ossement : interprétation difficile

6. FORMES MÉDICO-LÉGALES

6.1. CRIMINELLE

- un désordre des lieux;
- absence d'arme sur les lieux de découverte;
- vêtements troués en regard de l'CE;
- absence de résidus de tir et de giclure de sang au niveau des mains de la victime;
- tir à grande ou moyenne distance, plusieurs tirs;
- topographie inaccessible (dos);
- l'absence de faisabilité du geste fatal (CE au niveau de la face postérieure du cou avec une arme à canon long);
- présence de signes de défense ou de cibles intermédiaires (mains);
- association avec d'autres lésions traumatiques (agression sexuelle...).

Les données de l'enquête vont apporter d'autres indices en faveur de l'origine criminelle.

6.2. SUICIDAIRE

- Ordre sur les lieux, lettre d'adieu;
- Antécédents de pathologie psychiatrique;
- Possession d'une arme à feu;
- Scène de crime fermée de l'intérieur;
- Victime de sexe masculin;
- Vêtements non troués en regard de l'CE;
- résidus de tir et de giclure de sang au niveau des mains de la victime;
- arme en place à proximité du corps (à moins de 30 cm du corps);
- topographie accessible notamment au niveau de la tête (tempe, bouche);
- Tir unique généralement, à bout touchant ou portant (sauf utilisation d'appareillage);
- Longueur du bras suffisante pour actionner la queue de la détente (arme d'épaule);
- Lésions traumatiques sur la main actionnant l'arme;
- Absence d'autres lésions de violence.

6.3. ACCIDENTELLE

C'est une forme d'élimination, ne peut être envisagée que si on a écarté les deux autres formes ML. Les données de l'enquête avec les constatations du médecin vont aider au diagnostic.

Il peut s'agir d'une fausse manipulation, lors du nettoyage d'une arme chargée par des projectiles ou des enfants jouant avec des armes chargées.

7. RÔLE DU MÉDECIN

7.1. VICTIME VIVANTE

Rôle médical et médico-légal :

- Donner les soins nécessaires, ne pas modifier l'aspect de la plaie en cas d'intervention chirurgicale;
- Bien décrire l'aspect des lésions et pouvoir les rattacher à des lésions par projectile provenant d'une AAF (prendre des photos);
- Conserver le projectile sous scellé;
- Délivrer à la victime un Certificat médical initial attestant les lésions constatées;
- Évaluer les séquelles consécutives à ce type de traumatisme.

7.2. VICTIME DÉCÉDÉE

S'assurer du diagnostic positif de la mort (signes négatifs de vie, signes positifs de la mort)

Rédiger le Certificat médical de Décès en cochant la case Obstacle médico-légal à l'inhumation, car c'est une mort violente mettant en marche ainsi la procédure médico-légale qui aboutira à une autopsie qui pour objectif de déterminer la cause et les circonstances de la mort.

8. CONCLUSION

Les plaies par projectile d'AAF sont caractéristiques. Elles comportent un CÆ et de façon inconstante un OS.

L'CÆ se distingue par la présence d'éléments constants : CÆ proprement dit, collerette érosive et l'hémorragie en T.

D'autres éléments sont inconstants, leurs présences dépendent de la distance du tir et l'interposition de vêtements : collerette d'essuyage, zone de tatouage de poudre et zone d'enfumage ou de suie.

L'estimation de la distance du tir est aidée par des tirs comparatifs réalisés lors de l'expertise balistique. Une étroite collaboration entre balisticiens et médecin est nécessaire afin de permettre une interprétation correcte des blessures.

Si la mort est le résultat d'une plaie par AAF le médecin doit cocher la case OML à l'inhumation sur le CMD.

LA REPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

1. DÉFINITIONS

1.1 LE DOMMAGE CORPOREL

C'est est l'atteinte à l'intégrité anatomophysiologique et/ou mentale d'un sujet. Notre droit prévoit qu'un dommage causé à autrui doit être « réparé » par celui qui en est l'auteur. Il est donc nécessaire d'en apprécier l'importance pour en envisager la réparation juridique.

1.2 DU POINT DE VUE JURIDIQUE, il existe deux sortes de blessures :

- les blessures volontaires et
- les blessures involontaires

1.3 CONSÉQUENCES PÉNALES

Elles sont différentes selon qu'il s'agisse de blessures volontaires ou involontaires.

1.3.1 DANS LE CAS DE BLESSURES VOLONTAIRES :

En dehors du meurtre et de l'assistanat, la sanction pénale varie selon la durée de l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente.

- 1/. Si l'incapacité temporaire totale de travail est inférieure ou égale à 10 jours, la peine prononcée par le juge cantonal est conformément aux dispositions de l'article 319 du Code pénal, de quinze jours de prison et d'une amende.
Si l'incapacité temporaire totale est supérieure à 10 jours, la peine prononcée est conformément aux dispositions de l'article 218 du Code pénal, d'une année de prison et d'une amende.
- 2/. Si la lésion a pour conséquence une incapacité permanente :
 - inférieure ou égale à 20 % : la peine encourue par le coupable est de 5 ans de prison (art 219, 1^{er} alinéa);
 - supérieure à 20 % : la peine et de 6 ans de prison (art 219 – 2^e alinéa).

1.3.2 DANS LE CAS DE BLESSURES INVOLONTAIRES

- 1/. Homicide involontaire : c'est une forme fréquente (plus de vingt victimes par semaine dont la cause la plus importante est représentée par les accidents de la circulation).
La peine prévue par les dispositions de l'article 217 du Code pénal est de 2 ans de prison et d'une amende.
- 2/. Lésion corporelle n'ayant pas entraîné la mort : la peine encourue dépend de la durée de l'incapacité de travail. L'article 225 du Code pénal prévoit une peine d'un an de prison et une amende.

2. RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL

2.1 CADRE JURIDIQUE

En plus des sanctions pénales qui peuvent être prises à l'encontre de la tierce personne responsable, s'il persiste des séquelles, la victime peut ouvrir une action civile en dommage et intérêts.

C'est le problème de la réparation du dommage corporel, problème d'actualité en raison du nombre croissant des accidents de la voie publique et même des accidents thérapeutiques. Il apparaît de droit à la Médecine Légale.

La réparation du dommage comporte deux volets successifs :

- l'évaluation qui consiste à déterminer les bases juridiques de ce dommage, à étudier qualitativement et quantitativement les différents éléments du préjudice réparable;
- l'indemnisation qui consiste à traduire en termes financiers les éléments ainsi évalués

Seule l'évaluation du dommage concerne le médecin. Il s'agit d'un acte médico-légal qui relève de médecine spécialisée. Cette discipline nécessite des connaissances approfondies dans deux domaines :

- celui du dommage corporel proprement dit, qui intéresse diverses branches de la pathologie et qui, comme les autres disciplines médicales évolue en fonction des progrès du diagnostic et de la thérapeutique.
- Le second domaine, plus éloigné de la Médecine, est représenté par l'aspect juridique : responsabilité pénale, responsabilité civile, organisation judiciaire, législations sociales, droit du travail, droit des assurances, etc.

Traumatologie et connaissances juridiques constituent donc les deux bagages indispensables de ce médecin compétent en évaluation juridique du dommage corporel, expert en cette matière.

2.2 RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT

En plus des soins non pas quelconques, mais **diligents, consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science moderne**» le rôle du médecin traitant (hospitalier ou de libre pratique) est essentiel en matière de réparation du dommage corporel en établissant correctement les documents médicaux demandés par son patient. Des conclusions erronées par manque de connaissances juridiques ou dans le faux espoir d'obtenir une indemnisation supérieure à la réalité créent une situation préjudiciable à tous et dont les conséquences psychologiques sont désastreuses. Il doit donc laisser au médecin-expert le soin de conclure au point de vue médico-légal.

Son rôle est donc d'aider son malade à apporter la preuve médicale de son dommage en lui délivrant des certificats descriptifs détaillés, notamment le certificat médical initial et en fournissant aux médecins qui lui sont désignés par son malade, les renseignements dont il peut disposer sur les conséquences de l'accident, les résultats des examens complémentaires, éventuellement l'état antérieur dont la connaissance est parfois indispensable pour apporter la preuve du dommage.

3. LES DIFFÉRENTS TRAUMATISMES

On distingue les traumatismes entraînants :

- la mort, par blessures volontaires ou involontaires;
- des séquelles

3.1 LES TRAUMATISMES MORTELS

Qu'il s'agisse d'homicide ou d'assassinat, de violences volontaires ou involontaires, il faut en premier lieu établir la preuve de la relation entre les blessures et la mort, et bien souvent cela n'est pas facile.

Souvent à la simple inspection du cadavre, cette relation est impossible à mettre en évidence, il n'existe à l'œil nu aucune lésion pouvant expliquer la mort du sujet.

Bien plus, lorsqu'il s'agit d'un vieillard, il peut arriver que l'individu ait succombé au moment précis de l'accident, par exemple juste au moment où une voiture arrivait. Cette éventualité, quoique rare, est à envisager dans la crainte d'inculper une personne à tort.

Il y a aussi les morts qui surviennent à l'hôpital, plusieurs mois après le traumatisme : par exemple, un sujet est victime d'un traumatisme thoracique minime, puis, quelque temps après, son état général s'altère, et au bout de quelques mois, il meurt d'une hémopathie maligne. Quel a été le rôle du traumatisme ?

Il en est de même chez les alcooliques qui après un petit traumatisme peuvent faire un delirium tremens et en mourir.

Seule l'autopsie permet souvent de juger, mais encore faut-il évoquer le facteur émotionnel et la possibilité d'une mort subite.

C'est dire toute la complexité de ce problème.

3.2 LES TRAUMATISMES RESPONSABLES D'INFIRMITÉS DÉFINITIVES

Ils sont de nature très diverse :

- coup de poing;
- blessure par arme blanche,
- blessure par projectile
- accident de chasse,

Accident de la circulation :

- Automobile
- Chemin de fer
- Aviation (rarement)

Et les lésions très variées :

- Plaies des parties molles
- fractures du crâne, du rachis, des membres
- plaies viscérales (thoraciques ou abdominales).

En dehors des lésions anatomiques, il faut encore envisager les répercussions possibles d'un choc traumatique, responsable parfois d'un déséquilibre biologique considérable, provoquant :

- un coma,
- des lésions anoxiques importantes

Ces diverses blessures vont évoluer sur le plan anatomique et des séquelles peuvent survenir.

Sur le plan médico-légal, on décrit une évolution différente, en plusieurs stades :

1/. L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE (IT)

a) l'incapacité temporaire (ITT). Elle comprend :

- la période d'immobilisation complète à la suite du traumatisme ;
- la période de convalescence ;
- mais aussi la période pendant laquelle est institué un traitement de rééducation

b) une période d'incapacité temporaire partielle (ITP) peut lui faire suite :

- c'est le cas d'un industriel ayant une fracture de l'avant-bras et qui, bien que plâtré, peut se rendre à son bureau et avoir une activité presque normale ;
- c'est le cas également d'un sujet reprenant son travail provisoirement à mi-temps.

2/. L'ÉVOLUTION DES BLESSURES : deux cas peuvent se présenter :

- le cas favorable : c'est la *restitutio ad integrum*», elle donne lieu au certificat de guérison.
- dans les cas défavorables, on arrive à un état de stabilisation au prix de séquelles, c'est la **consolidation médico-légale** (terme bien mauvais, car il prête à confusion avec la consolidation anatomique des fractures, il existe dans ce cas une incapacité permanente).

3/. L'INCAPACITÉ PERMANENTE (IP)

a. L'incapacité permanente totale (IPT)

Lorsqu'il existe une infirmité résiduelle ayant pour conséquence une immobilisation totale du sujet, qui a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les activités les plus banales de la vie quotidienne.

Un bon critère est celui de l'incapacité de se sauver en cas de danger (s'il y avait le feu, par exemple).

b. L'incapacité permanente partielle (IPP)

Lorsque l'infirmité résiduelle, incurable est une diminution de la capacité physique. Elle est évaluée en % par rapport à ce qu'elle était avant l'accident, un sujet sain représentant 100.

En droit civil (dommage et intérêts)

Il n'existe pas de barèmes officiels, c'est l'expert lui-même qui l'apprécie et fixe le taux d'après :

- les éléments fonctionnels,
- ses constatations ;
- son expérience.

Dans le cadre des accidents du travail

Il existe un barème officiel indicatif annexé au journal officiel de la République tunisienne (n° 26 du 31 mars 1995).

Les chiffres donnés ci-dessous, concernent certaines amputations : chez des sujets droitiers

- Au membre supérieur :

	Dominant	IPP non dominant
. amputation interscapulothoracique	95 %	85 %
. amputation du bras au tiers supérieur	95 %	80 %
. amputation du bras au tiers moyen ou inférieur	90 %	80 %
. amputation au niveau du coude	90 %	80 %
. amputation de la main	70 %	60 %
. amputation du pouce+1 ^{er} métacarpien	35 %	30 %
. amputation des 2 phalanges du pouce	28 %	24 %
. amputation de l'index	14 %	12 %
. amputation de l'annulaire	6 %	5 %
. amputation de l'auriculaire	8 %	7 %

- Au membre inférieur :

. amputation de la cuisse (désarticulation de la hanche)	100 %
. amputation de la cuisse au tiers moyen	80 %
. amputation de la jambe	70 %

4. L'EXPERTISE MÉDICALE

4.1 LA MISSION DE L'EXPERT (QUESTIONS POSÉES À L'EXPERT) :

- La réalité des blessures
- La description des séquelles
- Leur imputabilité au traumatisme
- La durée de l'ITT
- La date de consolidation
- L'évaluation de l'IPP et des divers préjudices

4.1.1 LA RÉALITÉ DES BLESSURES

Elle est établie par des pièces juridiques :

- les certificats médicaux contemporains de l'accident ou de la violence : certificat médical initial, rédigé par le médecin traitant.
- les radiographies successives;
- les résultats d'examen de laboratoire :
 - EEG (en traumatologie crânienne)
 - Examen ORL, ophtalmologique...

4.1.2 LA RELATION ENTRE BLESSURES ET TRAUMATISME

La réalité de l'accident n'est pas à déterminer par l'expert. Cependant, il peut relater dans quelles circonstances se sont produites les blessures en expliquant le mécanisme de survenue des lésions.

4.1.3 LA DURÉE DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Elle est jugée en fonction :

- de la gravité des blessures;
- de la durée d'immobilisation;

À la lumière des certificats médicaux successifs.

4.1.4 LA CONSOLIDATION

Elle est affirmée par le certificat de consolidation, à défaut par la date de reprise de travail.

De toute façon, l'expert doit fixer cette période avec la plus grande précision et en toute conscience, car elle détermine la peine encourue par le responsable (en pénal).

4.1.5 LES SÉQUELLES

Elles seront appréciées par l'expert à partir :

- des doléances de la victime;
- d'un examen clinique approfondi
- d'examens radiologiques
- des examens complémentaires (oculaire, labyrinthique, ECG, EEG fonction respiratoire...).

1/. Objectives

- amputations
- fractures...

Le taux de l'IPP est facile à calculer.

2/. Purement fonctionnelles (les plus fréquentes) par exemple :

- de céphalées :
 - qui peuvent être réelles,
 - mais qui peuvent également :
 - être exagérées par le sujet
 - ou avoir une autre cause (ménopause, HTA...)
- La sinistrose (c'est un état où se complaît le malade). À différencier de la simulation, qui estime que nombre de petits troubles (qui souvent existaient déjà avant l'accident) lui sont imputables.

Il faudra faire le part de ce qui est dû au traumatisme et de ce qui ne l'est pas.

3/. Le problème de l'état antérieur du sujet :

Il existe 2 positions à cet égard :

En droit commun : si un traumatisme provoque une aggravation d'un état antérieur, c'est cette aggravation seule qui doit être tenue en compte.

En cas d'accident de travail, au contraire, on englobe la totalité et on ne juge que la capacité restante.

Si lors d'un accident antérieur, il avait été établi une IPP de 20 % et que lors du second accident une nouvelle IPP est établie à 50 %, on ne doit pas additionner les 2 et déclarer que le sujet a une incapacité partielle permanente de 70 %, car on arrivait rapidement à des taux dépassant 100 %.

On considère que l'individu, à la suite de son premier accident ne valait plus que 80 %, et que sa nouvelle IPP est de 20 % + (50 % de 80 %) = 60 %. Sa capacité restante est de 40 %.

Un grand nombre de séquelles traumatiques vont toutefois régresser de façon variable, en contradiction avec la notion de consolidation. Il faudra en tenir compte dans l'IPP.

Des fractures de l'enfant peuvent également s'arranger de façon surprenante. Il faut savoir ne pas fixer d'évaluation définitive et garder une attitude prudente :

- dire que maintenant l'IPP est de x %.
- demander une nouvelle expertise dans quelques années.

Mais il y a aussi les cas inverses (à noter, que dans cette éventualité le blessé sait fait valoir ses droits) :

- des traumatismes crâniens peuvent faire des crises épileptiques post-traumatiques
- certaines brûlures peuvent dégénérer...

Là encore, le médecin-expert doit faire des réserves et demander des expertises ultérieures.

Souvent, l'état antérieur du sujet est latent : exemple, il existait une arthrose lombaire, jusque là passée inaperçue, une contusion peut déterminer l'apparition d'une poussée grave.

Ce problème est difficile si l'on ne possède pas de documents antérieurs et bien plus difficile encore lorsque l'on parle de :

- diabète
- cancer « dits post-traumatiques »
- coronarite

4.1.6 LES PRÉJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX

1/. Les souffrances endurées, ou *pretium doloris*, décrit ou évalué suivant une échelle de 0 à 7 (nul, très léger, léger, modéré, moyen, assez important, important, très important, considérable) par l'expert, des douleurs physiques et affectives ressenties par la victime durant la période d'incapacité totale, avant consolidation, obligatoirement relative. Cette appréciation repose sur l'expérience de l'expert qui doit tenir compte de toutes les éventualités qui lui sont soumises : des souffrances endurées, des interventions chirurgicales, des réactions particulières de chaque individu devant la douleur.

2 /. Le préjudice esthétique : évalué comme le *pretium doloris* tient compte de l'atteinte définitive. Il est donc souvent difficile de l'apprécier avant plusieurs mois, ce qui peut obliger l'expert à préciser s'il s'agit d'une évaluation provisoire et, éventuellement, qu'un traitement particulier (dermatologie, chirurgie plastique) peut être nécessaire. Indépendamment du siège de la disgrâce dont dépend son importance, et de son intensité objective, cette appréciation tient compte de l'âge, du sexe, de l'état civil (état de célibat).

La qualification peut, dans certains cas, être assortie d'un avis sur l'éventuel retentissement professionnel de ce préjudice, mais il n'appartient pas à l'expert de traduire celui-ci par un pourcentage.

3/. Le préjudice d'agrément, de caractère assez exceptionnel, ne peut et ne doit pas être apprécié par le médecin expert. Ce dernier se contente de dire si les éléments constitutifs d'une gêne apparaissant au cours des relations avec celles-ci, si ces séquelles ont à cet égard une influence durable et pendant et pendant combien de temps, enfin dans quelle mesure la limitation ou la gêne constatée des mouvements est incompatible avec l'activité de loisirs invoquée (tennis : ankylose du coude, chasse : périarthrite scapulo-humérale ; ski : fracture de DUPUYTREN).

En aucun cas, le médecin expert ne peut indiquer un taux ou une qualification.

4 /. Le retentissement professionnel est à l'activité rémunérée ce qu'est le préjudice d'agrément, à l'activité de loisirs. Il n'appartient pas au médecin expert de se prononcer sur un pourcentage ni sur une décision relative à la profession. Par contre, ses connaissances lui permettent d'expliquer le retentissement que les séquelles d'un accident peuvent avoir sur l'activité professionnelle de la victime, rendant cette activité impossible ou l'affectant d'une gêne particulière.

La réparation concrète du dommage s'attache souvent à l'étude de cet aspect professionnel, mais le rôle du médecin ne peut être que limité dans ce domaine.

4.2 AUTORITÉ QUI ORDONNE L'EXPERTISE

Au civil : toute l'échelle des juridictions (justice cantonale, tribunal de première instance, cour d'appel), il y a aussi les ordonnances de Référé du Président du tribunal de 1^{re} instance (dont c'est le privilège), ordonnances dites « avant dire droit », où l'expertise est une mesure conservatoire : l'expert donne son avis sur le dommage corporel et la victime peut alors demander réparation à l'auteur du préjudice.

Au pénal : c'est presque toujours le parquet ou ses auxiliaires en cas de flagrance ou le juge d'instruction, parfois, le tribunal correctionnel ou la chambre criminelle ou le juge des enfants et la chambre criminelle des mineurs.

4.3 CONDITIONS POUR ÊTRE EXPERT

En principe, il doit y avoir une liste officielle des médecins experts, mais en fait, c'est le libre choix, le juge désigne qui le veut.

4.4 SAISINE

Avant d'accomplir la mission d'expertise, il faut obligatoirement être saisi :

- Au civil : par le juge rapporteur qui avise l'expert de sa désignation ;
- Au pénal : par une ordonnance du juge d'instruction ou une réquisition du procureur ou des officiers de la Police judiciaire agissant particulièrement en matière de crimes et de flagrants délits.

Il importe de rappeler qu'on ne peut être « juge et partie », c'est-à-dire le médecin traitant et le médecin expert pour un même malade (art.74 du code de déontologie médicale).

4.5 L'EXPERTISE MÉDICALE

- Au civil : en principe, le médecin traitant de la victime ou le médecin de la partie adverse peut présenter ses observations qui peuvent figurer dans le rapport d'expertise.
- Au pénal : l'expertise est secrète

Un examen complémentaire par un spécialiste peut être demandé pour avis, par l'expert au civil et au pénal généralement avec l'accord du juge.

4.6 RAPPORT D'EXPERTISE

Au civil comme au pénal, il doit comporter :

- la mission d'expertise ;
- les documents médicaux communiqués et demandés ;
- le rappel des faits (commémoratifs) ;
- l'examen médical ;
- la discussion, si problème d'imputabilité ;
- les conclusions motivées.

Le rapport doit être établi au civil, comme au pénal, sur papier libre.

CONCLUSION

L'expertise médicale et tout particulièrement l'expertise médico-judiciaire ne s'improvise pas.

Sans aucun doute les connaissances médicales proprement dites sont indispensables, mais cette condition nécessaire apparaît rapidement insuffisante.

L'acquisition d'un esprit, sinon juridique, du moins médico-légal, peut seul permettre d'aboutir à la rigueur du raisonnement et au souci d'argumentation logique qui doit assurer la conduite de l'expertise et guider la rédaction du rapport.

Il ne suffit pas d'affirmer, faut-il encore **convaincre**.

DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL DES ASPHYXIES MECANIQUES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Expliquer le mécanisme physiopathologique des asphyxies mécaniques ;
- Etablir le diagnostic positif d'une asphyxie mécanique sur la base des données de l'enquête, de l'examen du corps et de l'autopsie ;
- Déterminer l'étiologie de l'asphyxie mécanique à partir de l'analyse des commémoratifs du décès, de l'examen du corps et de l'autopsie ;
- Adopter une stratégie médico-légale adéquate face à une personne décédée dans les suites d'une asphyxie mécanique.

PLAN

1. Introduction

2. Classification et physiopathologie

2.1. Classification

2.2. Physiopathologie

2.3. Manifestations cliniques

3. Diagnostic positif

3.1. Commémoratifs

3.2. Levée de corps

3.3. Examen externe

3.4. Autopsie

3.5. Examens complémentaires

4. Diagnostic étiologique

4.1. Pendaison

4.2. Strangulation

4.3. Noyade

4.4. Suffocation

4.4.1. Suffocation faciale

4.4.2. Obstruction des voies aériennes

4.4.3. Enfouissement

4.4.4. Compression thoracoabdominale

4.4.5. Enlèvement

4.5. Autres causes d'asphyxies

4.5.1. Confinement

4.5.2. Asphyxie positionnelle (suspension du corps)

5. Diagnostic différentiel

6. Diagnostic de la forme médico-légale

6.1. Forme criminelle

6.2. Forme suicidaire

6.3. Forme accidentelle

7. Conclusion

1. INTRODUCTION

L'asphyxie correspond à la privation en oxygène d'un organisme qui lorsqu'elle se prolonge aboutit à la mort cellulaire. L'asphyxie est dite mécanique (AM) lorsqu'un **obstacle mécanique** empêche la pénétration de l'air dans l'organisme. Il s'agit d'un obstacle à l'écoulement aérien dans les voies respiratoires ou d'une altération du soufflet thoracique compromettant la mécanique ventilatoire.

Les étiologies des asphyxies mécaniques sont multiples et représentent une cause fréquente de mort (suicidaire, accidentelle ou criminelle) (environ 250 cas /an au LML de Tunis).

Tout médecin doit être capable de poser le diagnostic d'une mort par AM. Le diagnostic n'est pas toujours aisé du entre autres au caractère non spécifique des signes de l'asphyxie.

La mort par AM est une **mort violente** et le médecin qui la constate doit cocher la case **obstacle Médico-légal** à l'inhumation sur le CMD afin de déclencher la procédure judiciaire qui ordonne une autopsie médico-légale dans le but de déterminer la cause, le mécanisme et les circonstances de la mort.

2. PHYSIOPATHOLOGIE ET CLASSIFICATION

2.1. PHYSIOPATHOLOGIE

La privation de l'organisme en O₂ va faire souffrir, en 1^{er} lieu, l'encéphale qui ne dispose pas de réserve en O₂. Son métabolisme est exclusivement aérobie. La perfusion de l'encéphale, indispensable à la vie, peut être altérée voire arrêter selon deux mécanismes :

- **Direct** : par blocage des carotides (exemple : pendaison, strangulation), à l'origine d'une **anoxie** cérébrale suivie d'un œdème cérébral et d'une mort rapide.
- **Indirect** : par altération de l'appareil respiratoire (noyade, suffocation). Au début, il y a maintien de la perfusion de l'encéphale, mais avec un sang appauvri en O_2 et enrichi en CO_2 . Il se produit ensuite, une **hypercapnie** qui se traduit à l'autopsie par une cyanose, une hyperhémie conjonctivale et une congestion viscérale.

Les AM associent des signes d'hypercapnie et d'anoxie en proportion variable type d'AM.

Les manifestations cliniques se répartissent en **4 phases** qui durent entre 3 et 10 min

2.1.1. PHASE CÉRÉBRALE

Marquée par des troubles subjectifs à type de vertiges, éblouissements, bourdonnement d'oreilles et angoisse. Après 20-30 secondes surviennent une perte de connaissance brusque, une diminution de la respiration et une tachycardie.

2.1.2. PHASE D'EXCITATION CORTICALE ET MÉDULLAIRE

Marquée par la survenue de convulsions généralisées, mouvements péristaltiques

(émission d'urines et issue de matières fécales), disparition de la sensibilité et des réflexes, cyanose, bradycardie et une hypertension artérielle.

2.1.3. PHASE RESPIRATOIRE

Survient après une à deux minutes marquée par une diminution progressive de la respiration, des gasps et une insuffisance ventriculaire droite.

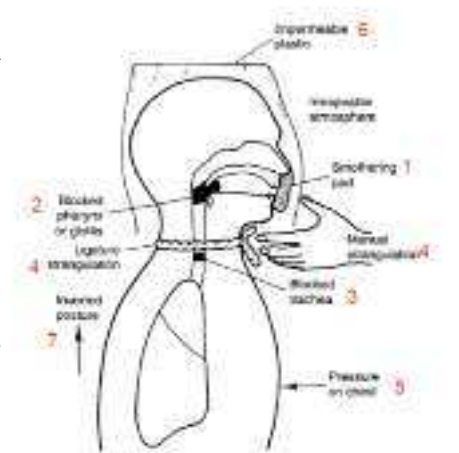
2.1.4. PHASE CARDIAQUE

Le cœur est ralenti puis s'accélère brusquement, les battements deviennent irréguliers, de plus en plus faibles, imperceptibles en poulx, mais persistant pendant un temps plus ou moins long. Enfin les ventricules s'arrêtent en diastole.

2.2. CLASSIFICATION

Plusieurs classifications des AM ont été proposées. On a choisi, la plus simple, celle basée sur le siège de l'obstacle mécanique.

1. L'occlusion des orifices buccal et nasaux (suffocation orofaciale)
2. L'occlusion de la lumière des voies aériennes supérieures par un corps étranger.
3. Le remplacement de la phase gazeuse de l'air inspiré par :
 - a. Un liquide : submersion
 - b. Un liquide visqueux : enlèvement
 - c. Un solide pulvérulent : enfouissement.
4. La compression de la région cervicale (trachée, nerfs et vaisseaux) par :
 - a. Une force passive (pendaison)
 - b. Une force active (strangulation)
5. Une altération de la mécanique respiratoire par une compression thoracique ou généralement une compression thoracoabdominale.
6. Carence d' O_2 dans l'air inspiré (confinement dans un espace clos)
7. Asphyxie positionnelle ou crucifixion entraînant une fatigue du diaphragme



3. DIAGNOSTIC POSITIF

Les lésions d'asphyxie ne sont **ni constantes ni spécifiques**. Elles peuvent manquer ou seulement indiquer une asphyxie agonique : l'élément asphyxique est banal et peut s'observer dans toute mort rapide. Ce qui caractérise l'asphyxie mécanique est l'élément mécanique c'est-à-dire la découverte de l'agent asphyxiant ou ses traces sur le corps.

Le diagnostic positif repose sur cinq étapes essentielles et complémentaires.

3.1. ANAMNÈSE

Sont recueillis à travers l'interrogatoire de l'entourage du défunt et à partir des données de l'enquête.

- Antécédents médicaux et psychiatriques
- La notion de traitement suivi
- Situation difficile ou à risque : notion de conflit familial, de difficultés financières ou professionnelles
- Le dernier contact vivant
- La symptomatologie avant le décès
- Les circonstances de survenue (au cours d'un repas, tété, lors du travail...) et de la découverte du corps

3.2. LEVÉE DE CORPS

C'est une étape très importante, mais qui n'est pas toujours appliquée. Elle consiste à l'examen du corps et son environnement sur les lieux de sa découverte. Elle comporte un inventaire des objets, traces et taches entourant le corps.

Dès son arrivée le médecin doit avoir le réflexe de mesurer la température ambiante ainsi que celle du corps pour pouvoir estimer l'ancienneté de la mort.

Les signes de désordre sur les lieux doivent être notés ainsi que la position du corps et les moyens utilisés pour accomplir le geste fatal.

- examen des vêtements à la recherche de marques particulières : coupures, perte de substance, souillures, de sang ou toute autre trace biologique qu'il faudra prélever (**scellés**).
- examen du corps : signes semi-tardifs de la mort (topographie, couleur, caractère fixé ou non des lividités, topographie de la rigidité)
- inventaire de toutes les lésions traumatiques
- Prendre des photographies lors de chaque étape (vue globale puis lors de découverte intéressante).

3.3. EXAMEN EXTERNE DU CORPS

L'examen débuté sur les lieux et complété en salle d'autopsie sous un bon éclairage.

Cet examen doit rechercher les signes non spécifiques du syndrome asphyxique et les éléments orientant vers un élément mécanique de l'asphyxie.

SYNDROME ASPHYXIQUE :

- Une cyanose plus ou moins intense au niveau de la face, en pèlerine, sous-unguéale
- Pétéchies (secondaire à une hyperpression vasculaire) en pèlerine, sur la face
- Une hémorragie sous conjonctivale
- Écume mousseuse bucco-narinaire
- Des lividités cadavériques précoces, intenses et sombres.

AGENT MÉCANIQUE OU SON EMPREINTE :

- Des lésions traumatiques au niveau de la face (écorchures périnarinaires, péribuccales)
- Des lésions traumatiques de la région cervicale : trace d'un sillon ou de l'empreinte d'un lien cervical, d'ecchymose, écorchure, coup d'ongle (strangulation manuelle)
- des lésions traumatiques thoraciques évoquant un franchissement ou une compression.
- Traces de solide pulvérulent ou d'un liquide visqueux sur le corps et les vêtements

L'examen externe sera complété par la réalisation de **crevées** à la recherche d'ecchymoses ou d'hématomes profonds.

3.4. AUTOPSIE

Doit être complète et méthodique avec examen de la région cervicale en dernier lieu après avoir vidé le corps de son sang.

La présence des signes en faveur du syndrome asphyxique dépend de la durée de l'agonie, mais c'est la présence de l'agent mécanique ou son empreinte laissée sur le corps qui aide au diagnostic :

SYNDROME ASPHYXIQUE :

- Congestion viscérale diffuse : avec augmentation du poids et du volume des organes
- Spume aérée et sanglante au niveau de la trachée, bronches et du larynx résultant de l'œdème pulmonaire.
- Sang noir, fluide, pauvre en caillots
- Poumons : très congestifs, sombres, violacés et œdématié parsemés de foyers hémorragiques.
- Emphysème aigu sous pleural : Plaques saillantes et claires à la surface pulmonaire
- Taches de TARDIEU : pétéchies pleurales, péricardiques, thymiques.
- Œdème cérébral

AGENT MÉCANIQUE OU SON EMPREINTE :

- Corps étranger dans les VAS
- Ecchymose, hématome des muscles avec fractures de l'appareil ostéocartilagineux du cou
- Solide pulvérulent, liquide visqueux au niveau des VA et voies digestives
- Fractures de côtes

3.5. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

3.5.1. TOXICOLOGIE

Dans tous les cas la toxicologie est systématique, le médecin doit prélever du SP, SC, urines, CG et l'humeur vitrée si le corps est putréfié. Le dosage doit être quantitatif au niveau du SP. L'objectif est de chercher soit un effet facilitateur de passage à l'acte soit une soumission chimique. La recherche d'une intoxication chronique se fait dans les cheveux.

3.5.2. HISTOLOGIE

Au niveau des poumons, les lésions élémentaires de l'asphyxie sont les mêmes que celles macroscopiques à savoir : l'œdème, la congestion et le pseudo emphysème au niveau des régions sous pleurales périphériques secondaires à la rupture des septa inter alvéolaires. Ces lésions peuvent s'accompagner de foyers d'hémorragie et sont d'autant plus intenses que l'agonie est longue. Ils sont surtout **non spécifiques** et le diagnostic d'asphyxie ne peut pas être retenu sur ces seuls arguments.

Au niveau cérébral, les lésions d'anoxie cérébrale sont exceptionnellement trouvées, car ils nécessitent un certain temps pour se constituer.

En plus des signes d'asphyxie, l'histologie peut aider à étayer le diagnostic (corps étranger dans les voies aériennes, solide pulvérulent, diatomées...).

4. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Les étiologies des asphyxies mécaniques sont multiples.

4.1. PENDAISON

Elle est **définie** comme étant un acte de violence dans lequel le corps, pris par le cou dans un lien attaché à un point fixe et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour amener brusquement la perte de connaissance, l'arrêt des fonctions vitales et la mort. La constriction est passive, brutale et verticale.

La pendaison peut être **complète**, le corps n'ayant plus d'appui sur un plan horizontal (sol...) ou incomplète au cours de laquelle seule une partie du corps garde un appui sur le sol. Elle est dite **typique** lorsque le nœud est postérieur et médian et atypique dans les autres cas.

4.1.1. MÉCANISMES DU DÉCÈS

Quatre mécanismes souvent intriqués peuvent être impliqués dans la survenue de la mort au cours de la pendaison :

- **La compression vasculaire** : correspond à la striction au niveau du sillon des vaisseaux cervicaux. Une compression de 2 kg peut empêcher la circulation sanguine dans les veines jugulaires internes, de 5 à 6,5 kg dans les artères carotides alors que 30 kg induisent un blocage de la circulation dans les artères vertébrales. La compression bilatérale des artères carotides entraîne la perte de connaissance en 10 à 15 secondes. L'obstacle au retour veineux céphalique entraîne la congestion de cette région et la disparition du flux sanguin artériel entraîne l'anoxie cérébrale.
- **La compression des voies aériennes** : une pression de 12 à 15 kg exercée sur la face antérieure du cou suffit à aplatir la trachée contre le plan vertébral et constituer un obstacle à l'écoulement de l'air dans les voies aériennes entraînant l'asphyxie.
- **La compression nerveuse** : Le décès est secondaire à une inhibition réflexe. Il se produit une syncope après la stimulation des barorécepteurs cervicaux (glomus carotidien) ou par compression des nerfs vagues. Explique l'absence de signes d'asphyxie dans certains cas.
- **Les lésions vertébro-médullaires** : elles se voient au cours des pendaisons-précipitations ou lorsque le nœud est antérieur : le corps brutalement lâché dans le vide, va exercer par son poids une traction suffisamment violente pour induire une fracture dislocation du rachis cervical et des lésions bulbo-médullaires responsables d'un décès instantané, avant que l'asphyxie ne se produise.

4.1.2. DIAGNOSTIC POSITIF DE LA PENDAISON TYPIQUE

- **Commémoratifs** : antécédents psychiatriques, de tentative de suicide, circonstances, contexte, menaces ou propos suicidaires....
- **La levée du corps** : les circonstances de découverte, le lien utilisé (corde, câble, lacets, ceinture...) et sa longueur, le point d'attache (poutre, élément ménager...), sa solidité et sa hauteur, le moyen utilisé pour fixer le lien (chaise...), caractère complet ou incomplet...
- **L'examen externe** : cherche **l'empreinte du lien sur la peau cervicale** : un **sillon** cervical, sous-mandibulaire, haut-situé, passant au-dessus du larynx, oblique en V, faisant le tour du cou, en général incomplet, profond et marqué, creusé en rigole si le lien est étroit (corde, ficelle), peu marqué si le lien est large (drap, serviette...), maximal au niveau du plein de l'anse, moindre, voire absent, au niveau du nœud. La peau est d'aspect parcheminé à contours ecchymotiques, peut reproduire les irrégularités du lien (tresses d'une corde).

Des traces de coups d'ongle peuvent être observées au voisinage du sillon (manœuvres ultimes de tentatives de dégagement).

La face peut être pâle ou congestive selon le degré d'obstruction des vaisseaux. Les lividités sont déclives localisées au

niveau des extrémités des membres. Des lésions traumatiques superficielles à type d'ecchymose, d'écorchure ou de PPE peuvent être notées au niveau des zones saillantes du corps (le corps peut heurter des obstacles lors des convulsions hypoxiques).

- **À l'autopsie** : montre des lésions en regard de l'anse sous forme d'ecchymoses des muscles du cou. L'appareil thyro-hyoïdien est le plus souvent intact, car le sillon est haut situé (fracture os hyoïde dans 25 % et cartilage thyroïde dans 34 % des cas). Des lésions de l'intima des vaisseaux avec formation de manchons ecchymotiques périvasculaires peuvent être retrouvées. Des lésions vertébro-médullaires cervicales peuvent être rencontrées en cas de pendaison précipitation.

En cas de pendaison complète, d'autres lésions peuvent se voir tel le signe de Simon (hémorragie par rupture des capillaires au niveau des disques intervertébraux lombaires) ou des foyers d'hémorragie au niveau de la paroi du tube digestif (12 %) et du rectum (4 %).

La toxicologie est systématique afin d'éliminer une soumission chimique ou un suicide complexe. L'histologie peut mettre en évidence des fractures au niveau du cartilage cricoïde et des lésions vasculaires.

4.2. STRANGULATION

Elle est **définie** comme un acte de violence consistant en une constriction active exercée directement soit autour du cou, soit au-devant du cou, et ayant pour effet en s'opposant au passage de l'air de suspendre la respiration et la vie. Elle est réalisée avec un lien, à l'aide des mains de l'agresseur et plus rarement des avant-bras et des jambes (sport de combat).

4.2.1. MÉCANISMES DU DÉCÈS

Le décès par strangulation résulte d'une asphyxie, au cours de laquelle s'intriquent plusieurs mécanismes physiopathologiques à savoir : une obstruction des voies aériennes secondaire à un refoulement de la paroi postérieure du larynx contre la langue, des lésions laryngées et une obstruction des vaisseaux du cou (veines jugulaires, artères carotides). L'arrêt cardiaque réflexe par compression nerveuse (nerf X, sinus carotidien) peut survenir à n'importe quel moment de la compression.

4.2.2. DIAGNOSTIC POSITIF

A/ Strangulation à la main ou manuelle

- Commémoratifs : circonstances si présence de témoins....
- Levée du corps : état des lieux (lutte, effraction...), absence de lien...
- L'examen externe du corps : les lésions cervicales cutanées sont nombreuses à type d'écorchures en coups d'ongles et d'ecchymoses digitiformes (traces de doigts), des lésions associées sur le reste du corps comme des lésions de défenses (mains et avant-bras, crevés), de plaie contuse au niveau de la tête (anesthésie préalable de Brouardel). Les organes génitaux externes doivent être examinés à la recherche de traces d'agressions sexuelles souvent associées.
- L'autopsie met en évidence outre le syndrome asphyxique non spécifique intense, des ecchymoses et des hématomes au niveau des muscles du cou, des lésions de l'appareil thyro-hyoïdien (plus fréquente que dans la pendaison), des lésions vasculaires et parfois des lésions vertébro-médullaires (enfants, sujets ayant un cou gracile).

B/ Strangulation au lien

Il s'agit d'une traction active, progressive et horizontale exercée sur le cou.

- Commémoratifs : circonstances si présence de témoins....
- Levée du corps : état des lieux (lutte, effraction...), nature du lien, type du nœud et sa localisation
- L'examen externe : montre la trace du lien dont l'aspect et l'intensité dépendent du type de lien. Habituellement, le sillon est horizontal, basi-cervical, complet et moins marqué que celui de la pendaison en raison d'une traction moins importante en durée et en intensité. Il peut être unique ou multiple. Il peut aussi s'associer à des traces de coups d'ongles correspondant à des tentatives de dégagement. Des lésions associées sur le reste du corps doivent être recherchées comme des lésions de défenses ou des stigmates d'agression sexuelle au niveau des organes génitaux externes.
- À l'autopsie, on trouve des infiltrations ecchymotiques des masses musculaires du cou, des lésions du larynx et des lésions vasculaires.

Dans les deux cas (à la main ou au lien), la toxicologie est systématique. S'il y a des stigmates d'agression sexuelle, des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes sont effectués.

4.3. NOYADE OU SUBMERSION VITALE

C'est la pénétration d'un liquide, provenant de la bouche et du nez, dans les voies respiratoires en lieu et place de l'air habituel, il en résulte une asphyxie par défaut d'oxygénation des poumons.

La notion de quantité de liquide n'intervient que peu dans le déterminisme de cette asphyxie qui est essentiellement une asphyxie par privation d'air et par suspension des mouvements respiratoires, d'où résulteront une anoxie d'abord, une hypercapnie ensuite. N'importe quel élément liquide peut être à l'origine d'une noyade. Une cause fréquente (150 cas/an).

4.3.1. MÉCANISMES DU DÉCÈS

La submersion provoque chez la victime plusieurs réactions successives :

- Premièrement, il se produit un **effet de surprise** pendant quelques secondes,
- Après, la victime tente de résister à la respiration par une **apnée consciente** qui dure environ 1 minute,
- Puis surgit l'inhalation involontaire par réponse obligatoire de la mécanique ventilatoire à l'hypoxie. Cette phase d'inhalation contre laquelle la victime ne peut résister provoque l'**aspiration de l'eau dans les voies aériennes supérieures**. Ceci entraîne deux types de conséquences :
- Un **spasme laryngé** provoqué par le contact de l'eau avec les VAS. La mort survient suite à une bradycardie réflexe. C'est le **noyé blanc** ou sec (10 à 15 % des noyés),
- Il n'y a pas de spasme laryngé, la victime **inhale de grandes quantités de liquide** dans les VAS jusqu'au niveau du parenchyme pulmonaire. C'est le **noyé bleu** (85 à 90 % des cas).

4.3.2. DIAGNOSTIC POSITIF

Difficile, car il n'y a pas de signes spécifiques ou pathognomoniques de la submersion.

a/Cas de noyade vraie (noyé bleu)

- Levée de corps : lieu (mer ou oued...), état vestimentaire (vêtement de nage), ligature des mains, charge lourde au niveau des pieds
- examen du corps : cyanose de la face, champignon de mousse aux orifices respiratoires supérieurs (mélange d'air, d'eau et de mucus qui s'effectue lors des mouvements inspiratoires dans le liquide et par conséquent constitue un phénomène vital), aspect de peau « ansérine » (aspect en chair de poule), turgescence des globes oculaires (œil de poisson), une macération des paumes des mains et des plantes des pieds (séjour en milieu aqueux), des lésions traumatiques post mortem, superficielles au niveau des zones saillantes (lésions de charriage sur le bord ou le fond de l'oued ou de la mer au niveau des genoux, coudes ou front). On peut noter aussi des morsures d'animaux aquatiques.
- Autopsie : Les poumons sont lourds, distendus, œdémateux, chargés d'eau et emphysémateux (de consistance hydroaérique). Ils ont une consistance de coussins pneumatiques et crépitent sous les doigts. À la coupe : les tranches de section ne s'affaissent pas et présentent des zones hémorragiques multiples. Les bronches : sécrétions mousseuses abondantes avec des particules de sable ou des algues dans les bronches et les bronchioles. Le foie est congestif. Le sang est fluide et dilué (aucun caillot). Un aspect « mouillé » de tous les viscères. Présence d'eau dans l'estomac (signe inconstant).
- Le diagnostic de submersion vitale repose sur les signes déjà décrits, mais ces signes ne sont pas constants, ainsi on a recours parfois à des techniques de laboratoire qui peuvent aider au diagnostic. Leur but est la mise en évidence de « l'eau étrangère » qui est l'eau de noyade dans les alvéoles des poumons d'un cadavre. La confirmation peut se faire par la recherche de **diatomées** (algues unicellulaires) qui peuvent traverser la barrière alvéolo-capillaire et se trouver dans la circulation sanguine si la pénétration de l'eau dans les poumons s'est faite avant le décès. Leurs recherches se font dans les organes bien vascularisés (poumon, foie, moelle osseuse) et signent le caractère vital de la noyade.
- Examen anatomopathologique : montre un œdème en foyers, des déchirures des parois alvéolaires et des hémorragies à prédominance péribronchique.

b/ La fausse noyade (noyé blanc)

Aucun signe d'asphyxie en cas de syncope par action de l'eau (hydrocution).

c/ Cas du noyé putréfié

Le phénomène de la putréfaction, lié à de nombreux paramètres (nature de l'eau, température...), n'obéit à aucune règle chronologique précise.

Le diagnostic de submersion vitale est difficile en cas de cadavre putréfié en raison de :

- La présence des phénomènes putréfactifs.
- L'existence possible de lésions traumatiques de charriage par la buttée du corps contre différents agents contondants lors du voyage aquatique.
- La possibilité de mutilations et de destruction par l'attaque des animaux aquatiques.
- levée de corps et examen externe : cadavre à la surface de l'eau, des signes de la putréfaction (débute au niveau de l'extrémité céphalique), macération importante des mains et des pieds avec décollement épidermique. Après un long séjour dans l'eau, on note la présence d'incrustations calcaires au niveau des cuisses, une transformation en adipocire et une coloration rosée des dents.
- Autopsie : hormis les lésions traumatiques importantes, aucune lésion anatomopathologique ne peut être nettement différenciée. Présence dans les plèvres d'une quantité abondante de sérosités sanguinolentes, présence d'eau dans l'estomac, présence de particules étrangères dans les bronches (sables, algues...).

En fait, aucune distinction n'est possible, à « l'œil » entre un noyé putréfié et un cadavre immergé putréfié. Le seul examen qui peut porter le diagnostic de submersion vitale chez le cadavre putréfié est la recherche des diatomées dans la moelle osseuse.

4.4. SUFFOCATION

La suffocation est une AM comprenant « tous les cas dans lesquels un obstacle mécanique, autre que la strangulation, la pendaison et la submersion, est apporté violemment à l'entrée de l'air dans les poumons ».

C'est la plus complète et la plus pure des asphyxies, car seule la ventilation pulmonaire est supprimée.

Elle regroupe, la suffocation orofaciale, les corps étrangers au niveau des voies aériennes, l'enfouissement, l'enlèvement et la compression thoracique ou thoracoabdominale.

4.4.1. SUFFOCATION OROFACIALE

En plus des lésions d'asphyxie, il faut rechercher des signes en rapport avec l'agent suffocant.

- Commémoratifs : antécédents pathologiques (épilepsie), notion d'alcoolisme, de toxicomanie.
- Lors de la levée du corps : position du corps, nature du sol, mise en scène (autoérotique), bouteilles d'alcool vides.
- Examen externe : syndrome asphyxique intense, existence d'ecchymoses, d'excoriations, de coups d'ongle et des stigmates unguéaux autour des orifices respiratoires (bouche et nez), présence d'une morsure de la langue et la perte d'urines oriente vers une crise épileptique. Cet examen peut être **négatif** notamment lorsque l'acte de suffocation n'a pas nécessité de recours à la force physique (acte commis sur un enfant ou un nouveau-né ou bien sur un sujet inconscient ou avec un oreiller).
- Autopsie : des signes non spécifiques du syndrome asphyxique
- Examens complémentaires : recherche d'alcool ou de toxique avec des doses non mortelles, sous dosage des médicaments antiépileptique.

4.4.2. OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES PAR UN CORPS ÉTRANGER

Les corps étrangers de grande taille se bloquent au niveau du pharynx et entraînent une obstruction indirecte du larynx, ceux de plus petite taille peuvent se loger au niveau du larynx et entraîner un spasme local. Comme dans la plupart des asphyxies, un arrêt cardiaque réflexe est toujours possible, avant que ne se manifestent les signes cliniques du syndrome asphyxique.

Syndrome de pénétration précède le décès. Ce syndrome de pénétration est marqué par la survenue brutale d'un accès de suffocation suivi immédiatement de quintes de toux expulsives puis d'un tirage inspiratoire entre les quintes. Une apnée de quelques secondes avec apparition rapide d'une cyanose est possible. Pour les enfants, heure de la tétée, position du biberon...

Examen externe et autopsie : lésions habituelles de l'asphyxie et la découverte du corps étranger au niveau des voies respiratoires (morceau de viande, sécrétions lactées..).

Si le corps étranger et radio opaque on peut le localiser sur la radiographie.

La toxicologie est systématique, l'histologie notamment en cas d'inhalation lactée.

4.4.3. ENFOUISSEMENT

L'air est remplacé par un solide pulvérulent (neige, ciment...); l'asphyxie débute immédiatement et provoque de larges mouvements d'inspiration qui font pénétrer la substance étrangère profondément dans les voies respiratoires.

À la levée de corps, en plus des signes non spécifiques du syndrome asphyxique, les vêtements et le corps sont recouverts par la substance pulvérulente. Les orifices respiratoires externes sont souvent obstrués par la même matière.

L'origine vitale de l'enfouissement est affirmée à l'autopsie par la découverte de la substance pulvérulente dans les voies respiratoires et surtout dans les voies digestives, en effet, ce ne peut être le fait que d'inspirations et de déglutitions, donc d'actes vitaux.

4.4.4. ENLÈVEMENT

C'est la disparition progressive d'un corps en mouvement dans un milieu visqueux se réalisant dans les marais et les sables mouvants. L'obstruction des voies aériennes se fait par des substances de consistance pâteuse telles que la boue ou du ciment en prise.

Le diagnostic repose sur les lésions d'asphyxie et la présence de la matière du milieu dans les voies respiratoires et digestives.

4.4.5. COMPRESSION THORACOABDOMINALE

La compression thoracique et abdominale entraîne une altération de la mécanique respiratoire et empêche les mouvements respiratoires. L'examen extérieur montre une cyanose avec une congestion des conjonctives.

L'autopsie met en évidence un œdème et une hémorragie pulmonaire ainsi que des fractures de côtes et du sternum avec des lésions traumatiques cardiaques et pulmonaires. La congestion cérébrale est intense et on peut observer aussi des hémorragies rétinienne du fait de l'hyperpression vasculaire.

4.5. AUTRES CAUSES D'ASPHYXIE

4.5.1. CONFINEMENT

C'est une mort par asphyxie en enceinte close. Sachant qu'un m³ d'air assure une survie de 1 heure environ, le décès se fait par la raréfaction en O₂.

Le diagnostic médico-légal repose sur :

- Les signes d'asphyxie.
- L'usure des ongles (effort de libération).
- Grande humidité de la peau et des vêtements du fait de la sueur.

4.5.2. ASPHYXIE POSITIONNELLE

C'est la suspension du corps autre que la pendaison (autre région anatomique, thorax, membres supérieurs ou inférieurs, mais pas le cou). La mort est engendrée par la fatigue des muscles des membres et des muscles respiratoires au bout de quelque temps et l'état de choc lié à l'hypovolémie et à la douleur.

L'examen montre des traces de liens au niveau des membres, un œdème et une congestion pulmonaire.

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- En cas de la présence d'un sillon cervical : chez l'adulte : plis cutanées de la région cervicale (chez l'obèse par exemple) ou l'empreinte de vêtement. NNé : circulaire du cordon
- Les fausses noyades (syncopes et morts subites dans l'eau) : un arrêt cardio-respiratoire mortel secondaire à un processus pathologique aigu tel qu'un infarctus du myocarde massif peut survenir; le corps ne fera que « couler » dans l'eau. Le diagnostic différentiel avec la noyade varie se fait sur l'importance de l'œdème pulmonaire (histologie : membrane alvéolo-capillaire) présence de lésions cardiaques récentes (plaque ulcérée, thrombus ou zone de nécrose hémorragique récente au niveau du ventricule gauche.
- L'immersion qui se caractérise par le plongement de cadavre dans un liquide. Absence de diatomées dans le sang. La présence de lésions traumatiques pouvant expliquer le décès.

6. DIAGNOSTIC DE LA FORME MÉDICO-LÉGALE

6.1. CRIMINELLE

Quelle que soit l'étiologie, lors de la levée de corps on doit rechercher des traces de désordre des lieux (effraction de portes ou fenêtres, vol d'objets).

LA STRANGULATION CRIMINELLE : Elle représente l'étiologie la plus fréquente, elle implique habituellement un agresseur possédant une force physique bien supérieure à celle de sa victime compte tenu des efforts musculaires qu'elle nécessite (homme/vieillard, homme/femme, homme/enfant). Tous les moyens peuvent être utilisés. Elle représente la 3^e cause de décès d'origine criminelle dans notre service après les AB et les objets contondants. S'associe souvent avec d'autres lésions traumatiques ou d'agressions sexuelles.

LA SUFFOCATION OROFACIALE : La suffocation est un mode habituel d'infanticide, commis soit par la main, un oreiller ou un matelas. De diagnostic particulièrement difficile, voire passer inaperçue, chez le nourrisson lorsqu'elle n'est pas manuelle. Chez l'adulte elle est exceptionnelle compte tenu de la difficulté de sa réalisation à moins que la victime ne soit mise préalablement dans l'impossibilité de se défendre (soumission chimique, assommée ou ligotée...) ou qu'il s'agit d'un sujet sans grande force tel un vieillard.

L'OBSTRUCTION DES VAS : mode fréquent d'infanticide. Le tamponnement de l'oropharynx, afin d'étouffer immédiatement les cris du nouveau-né, est de nature variée : coton hydrophile, papier ou linge. Chez l'adulte, la difficulté d'exécution explique que la victime d'un homicide a souvent été préalablement rendue inconsciente et/ou entravée avant d'être asphyxiée, ou qu'elle a été victime de plusieurs agresseurs.

LA PENDAISON D'ORIGINE CRIMINELLE : Elle est exceptionnelle du fait de la difficulté dans la réalisation de l'acte lui-même qui nécessite l'existence de facteurs favorisants : faiblesse physique ou mentale de la victime, emprise sous l'action de l'alcool ou par une autre drogue, existence de plusieurs assaillants. Moyen pour maquiller un crime évoqué devant une discordance du sillon par sa position, forme ou sa profondeur, aspect non ecchymotique, non-correspondance du moyen utilisé pour la suspension, la présence de signes de violence sur le corps, des plages de lividités de topographie discordante.

LES NOYADES D'ORIGINE CRIMINELLE : L'homicide est la cause à évoquer et à rechercher en priorité. Bien qu'elle soit rare chez un adulte, la levée de corps et/ou l'autopsie ne pourront presque jamais prouver que la victime n'a pas été poussée dans un cours d'eau ou une cuve, alors qu'elle ne savait pas nager.

6.2. SUICIDAIRE

Quelle que soit l'étiologie, on doit rechercher, lors de la levée de corps, l'absence de traces de lutte sur lieux et les vêtements, parfois la présence d'une lettre d'adieu avec graphologie compatible. L'étude des antécédents cherche l'existence de tentative de suicide antérieure, d'antécédents de maladie psychiatrique, les antécédents de maladies organiques chroniques (neurologiques...), situations difficiles (divorce, séparation, problèmes professionnels).

LA PENDAISON est le premier moyen suicidaire au nord de la Tunisie (56 %). En raison de sa facilité d'exécution et de son caractère radical. Lors de la levée de corps, le médecin vérifie la possibilité de la pendaison (hauteur du point de suspension, sa solidité, la présence d'un objet pour fixer le lien...). Une compatibilité spatiale entre l'échelle, le tabouret ou la chaise et la position du corps. Les caractéristiques du sillon (correspondance et congruence) avec le moyen utilisé doivent être recherchées. L'existence de lividités paradoxales doit éveiller l'attention et faire discuter une éventuelle suspension secondaire. La recherche toxicologique est systématique afin d'éliminer une soumission.

LES NOYADES D'ORIGINE SUICIDAIRE : 5^e moyen utilisé pour mettre fin à ses jours (5 % des cas). Le lieu de suicide le plus fréquent est le canal d'oued Majreda.

Ce moyen est d'autant plus employé que les victimes habitent une région maritime ou fluviale. La mise en scène peut recouvrir différents masques tels que les victimes qui se menotent les poignets afin d'être sûres de ne pas tenter de nager et de regagner la berge. Certaines victimes ont été découvertes avec des charges lourdes accrochées au niveau des pieds ou des mains.

- **STRANGULATION AU LIEN :** où on note la présence de plusieurs tours, un nœud latéral ou antérolatéral complexe, la présence de tourniquet pour empêcher le lien de se défaire, absence de lésions de défense...

- **STRANGULATION À LA MAIN :** difficile à admettre en dehors de la mort par inhibition-réflexe compte tenu de la levée de constriction qui est automatique au stade de syncope.

- **LA SUFFOCATION OROFACIALE SUICIDAIRE :** rare et s'effectue habituellement à l'aide d'un sac en plastique, plus rarement à l'aide d'un bâillonnage de la bouche et du nez.

- **L'OBSTRUCTION DES VAS :** Elle est rare et se rencontre habituellement chez des malades mentaux ou chez des prisonniers par obstruction du pharynx avec du coton, du foin, ou de la laine de matelas.

6.3. ACCIDENTELLE

Parmi les asphyxies mécaniques accidentelles, nous citons :

- **LA NOYADE** surtout à l'occasion des baignades, de causes multiples (incompétence à la nage, fatigue, consommation d'alcool...). Dans notre service on compte environ 100 décès annuels liés à une noyade accidentelle (5 % de l'activité thanatologique du service).

Plusieurs éléments d'enquête doivent être soulevés pour évoquer une origine accidentelle : la pratique habituelle de la natation, l'habillement et le port de vêtement de nage, une prise concomitante de toxique notamment d'alcool éthylique ainsi que l'absence de signes de violences associées...

- **L'OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES :** Elle peut survenir à l'occasion de perte de connaissance et de chute face contre terre sur un sol mou (crise comitiale, intoxication notamment éthylique...), fausse-route du nouveau-né, nourrisson, enfants, adulte édenté, alcoolique, émotion forte

- **L'ENFOUISSEMENT** survient presque toujours de manière accidentelle soit à l'occasion d'accidents de travail : chute dans un silo à grains, dans une étuve à ciment

- **LA COMPRESSION THORACIQUE** secondaire à l'écrasement par une foule en panique

- **LA STRANGULATION ACCIDENTELLE** à la main (jeux, sports de combat) ou au lien (enfant, adulte) est rare, lors d'accident de travail.

- **LA PENDAISON ACCIDENTELLE :** chez des enfants attachés dans un lit par des sangles ou au cordon d'un rideau. Chez l'adulte elles sont rares et se rencontrent essentiellement lors de pratiques érotiques.

7. CONCLUSION

Les AM constituent une cause fréquente de morts violentes.

Le diagnostic positif repose sur les données de l'anamnèse, la levée de corps, l'autopsie et les examens complémentaires.

D'étiologies multiples : pendaison, strangulation, submersion vitale, suffocation.

Elles peuvent poser des problèmes diagnostiques pour le médecin, car le syndrome asphyxique commun à toutes ces étiologies n'est ni constant ni spécifique. C'est la découverte de l'agent mécanique ou son empreinte sur le corps qui va aider au diagnostic.

L'histologie ne présente pas un grand apport au diagnostic, mais la toxicologie doit être systématique.

Le médecin de première ligne qui constate des signes faisant évoquer une asphyxie mécanique doit cocher la case obstacle médico-légale à l'inhumation dans le certificat de décès et alerter les autorités judiciaires afin d'ouvrir une enquête médico-légale qui se soldera d'une autopsie dans l'objectif de déterminer la cause et les circonstances de la mort.

DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL DES AGRESSIONS SEXUELLES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir le viol et les éléments constitutifs qui le caractérisent ;
2. Etablir le diagnostic positif d'un franchissement récent de l'hymen ;
3. Planifier le déroulement de l'examen et les prélèvements à effectuer chez une victime d'agression sexuelle ;
5. Rédiger le rapport d'examen d'une victime d'une agression sexuelle ;
6. Adopter une stratégie médico-légale adéquate face à une victime d'une agression sexuelle.

PLAN

1. Introduction

2. Définitions

2.1. Viol

2.2. Attentats à la pudeur

2.3. Outrage public à la pudeur

2.4. Sodomie

3. Facteurs favorisants et occasionnant

4. Diagnostic positif : TDD : le viol chez une fille vierge

4.1. Accueil

4.2. Interrogatoire

4.3. Examen somatique

4.4. Examen gynécologique

4.5. Prélèvements

A/ Recherche de matériel biologique masculin

B/ Identification de l'agresseur

C/ Recherche de maladies sexuellement transmissibles

D/ Test de Grossesse

E/ Toxicologie

5. Formes cliniques

5.1. En matière de viol

5.1.1 Formes selon l'âge

5.1.2 Formes selon le type de l'hymen

5.1.3 Formes selon le type de pénétration

5.2. En matière de sodomie

A/ Sodomie aiguë

B/ Sodomie chronique

5.3. En matière d'outrage public à la pudeur

6. Diagnostic différentiel

6.1. En matière de Viol

6.2. En matière de sodomie

7. Rôle du médecin

7.1. Rôle thérapeutique

7.2. Rédaction du rapport

8. Conséquences médico-légales

8.1. Chez l'enfant

8.2. Conséquences pénales

9. Conclusions

1. INTRODUCTION

Les agressions sexuelles (AS) sont constituées par tout acte comportant un motif essentiellement sexuel imposé à une personne qu'il s'agit d'une **pénétration** sexuelle, **d'attouchements** à caractères sexuels voire même une **exposition** sexuelle. Ces actes sont généralement commis avec **violence**, contrainte, menace ou surprise.

Il s'agit d'un phénomène fréquent, mais sous-déclaré. Au service de médecine légale de Tunis nous examinons environ 600 victimes par an.

Tout médecin, quelle que soit sa spécialité ou son mode d'exercice, peut être amené à examiner une victime d'AS. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et le médecin peut s'aider d'examens complémentaires.

La prise en charge d'une victime d'une AS est une **urgence** médico-légale (car les lésions cicatrisent rapidement et la preuve biologique de l'acte est difficile à mettre en évidence après 2 à 3 jours) et psychologique.

Le médecin a un double rôle :

- Thérapeutique pour prodiguer les soins nécessaires et rechercher les complications potentielles ;
- Juridique en décrivant de façon attentive les constatations médico-légales retrouvées lors de l'examen.

Les conséquences des AS sont graves pour les victimes et les auteurs. Chez les victimes, elles engendrent un traumatisme psychologique parfois aggravé par d'autres préjudices tels qu'un dommage corporel lié à des violences, une contamination vénérienne, une grossesse ou une défloration. Pour les auteurs, les **sanctions pénales** des sont très lourdes rendant la rédaction du **rapport médical** un acte grave nécessitant toute la prudence et l'objectivité.

2. DÉFINITIONS

2.1. VIOL

En Tunisie, le viol est puni par l'article 227 du Code Pénal.

Est considéré viol, tout acte de pénétration sexuelle, quelle que soit sa nature, et le moyen utilisé commis sur une personne de sexe féminin ou masculin sans son consentement l'auteur du viol est puni de vingt ans d'emprisonnement.

Le consentement est considéré comme inexistant lorsque l'âge de la victime est en dessous de seize (16) ans accomplis.

2.2. ATTENTATS À LA PUDEUR

Ils correspondent à tout acte à caractère sexuel commis sur un sujet de sexe masculin ou féminin, non consentant et dont le résultat serait une offense de sa pudeur.

L'acte blesse violement la pudeur de celui ou de celle sur laquelle il est accompli. Il ne s'agit pas d'une copulation sexuelle mais il faut qu'il s'agisse d'un contact réel imposé à la victime.

Il y a une grande variété d'actes dont les rapports sexuels contre nature (par voie anale ou buccale), les attouchements génitaux, les contacts génitaux superficiels ainsi que la pénétration vaginale par un doigt ou un objet.

2.3. OUTRAGE PUBLIC À LA PUDEUR

Il correspond à tout acte, fait ou gestes attentatoires à la pudeur, commis sur soi-même ou autrui même consentant, par intention ou négligence coupable dans un endroit public ou lieu accessible à la vue du public.

Contrairement au viol et aux AP, dans l'OPP, le contact physique entre la victime et l'agresseur n'est pas obligatoire. Il s'agit le plus souvent d'exhibitionnisme (le sujet montrant en public ses organes génitaux souvent sans érection). Le fait d'uriner sur la voie publique est un OPP.

2.4. SODOMIE

Il s'agit du coït anal commis sur un homme ou une femme ne rentrant pas dans le cadre des infractions citées dans les rubriques précédentes.

3. FACTEURS FAVORISANTS ET OCCASIONNANT

Certains facteurs peuvent favoriser les AS notamment des facteurs liés à l'environnement :

- La promiscuité, l'oisiveté ;
- L'absence des parents et des liens familiaux.

Des facteurs liés aux individus :

- L'agresseur est le plus souvent un homme ;
- La conduite addictive aux stupéfiants ;
- Fréquence de troubles comportementaux et de perversion sexuelles ;
- Présence de malformations génitales ou d'infections vénériennes.

4. DIAGNOSTIC POSITIF : TYPE DE DESCRIPTION : VIOL CHEZ UNE FILLE VIERGE

Le diagnostic positif d'un viol est difficile. Il est basé sur l'examen de la victime présumée et les examens complémentaires.

L'examen d'une victime présumée de viol a deux objectifs principaux :

- Apporter les **preuves objectives** du viol :
 - o En mettant en évidence l'existence de signes traumatiques au niveau de la région génito- anale ;
 - o Rechercher des traces de violence ;
 - o Rechercher la présence de substance psychoactives ayant pu conduire à une soumission chimique ;
 - o Mettre en évidence la présence de sperme.
- Apprécier les **conséquences** et rechercher les **complications** de l'acte présumé en termes de retentissement psychologique, de contamination bactérienne ou virale et du risque de grossesse.

4.1. ACCUEIL

L'accueil d'une victime de viol nécessite du temps et un lieu calme. La victime doit être rassurée et mise en confiance. Les

raisons de l'interrogatoire et de la nécessité de l'examen clinique et des **prélèvements** doivent être clairement expliquées à la victime, afin que cela ne constitue pas une seconde agression et afin de recueillir son consentement.

4.2. INTERROGATOIRE

Doit se faire avec délicatesse et réserve. Il comporte trois temps :

* ANAMNÈSE MÉDICALE :

La recherche des antécédents de la victime : médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, gynécologiques, obstétriques (voie et nombre d'accouchements, IVG, DDR, moyens de contraception), habitudes sexuelles, date du dernier rapport consentant...

*** RAPPEL DES FAITS :**

On doit chercher à reconstituer les circonstances et les caractéristiques de l'agression :

- Les circonstances de l'agression : contexte (fête, braquage, ivresse...), heure, lieu, nombre d'agresseurs ;
- Le mode d'agression : types de menaces, violence et les moyens utilisés, consommation de drogues ou d'alcool ;
- Le caractère sexuel de l'agression : type de pénétration et de l'agent pénétrant, la notion d'éjaculation (intra ou extracorporelle), l'utilisation de préservatif, traces de salive sur le corps et leurs endroits ;
- Après l'agression : le délai écoulé entre l'agression et la consultation, la notion de toilette intime, le changement d'habits, la notion de contraception.

* **DOLÉANCES RESSENTIES** : saignement, douleurs, siège, type, troubles psychiques ... ;

A la fin de l'interrogatoire, le médecin doit expliquer à la victime le déroulement de l'examen et ses étapes ainsi que l'intérêt des prélèvements qu'il aura à pratiquer.

4.3. EXAMEN SOMATIQUE GÉNÉRAL

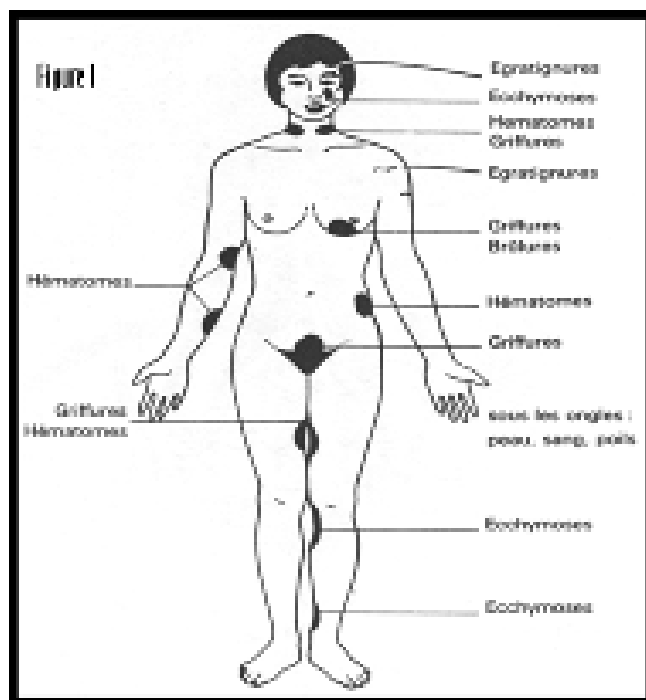
La présence d'un témoin de sexe féminin (infirmière ou la mère de l'enfant si le médecin ne suspecte pas une maltraitance) pour la victime de sexe féminin est souhaitable et souvent rassurant pour la victime.

L'examen doit être complet. Il commence par la description de l'état vestimentaire et la recherche de traces particulières de violence (déchirures, coupures) ou de taches biologiques (sang, salive, sperme...). En présence de traces biologiques, les vêtements doivent être conservés dans un sac en papier et mis sous **scellés**.

L'examen physique proprement dit est orienté par les caractéristiques de violences décrites par la victime et ses doléances. Il vise à rechercher les lésions traumatiques notamment au niveau des régions exposées du corps ou des zones indicatives de lésions d'attaques ou de lésions de défense (Figure n°1):

- La face : ecchymoses et écorchures péri buccales et péri-narinales en rapport avec des tentatives de suffocation ou d'étouffement de cris ;
- La bouche : ecchymoses ou plaies contuses au niveau la face interne des lèvres en rapport avec des coups par des objets contondants ;
- Le cou : des stigmates unguéaux, des ecchymoses digiti-formes ou en bande en rapport avec des tentatives de strangulation à la main ou au lien ;
- Les seins : traces de morsures ;
- Les mains et les avant-bras : ecchymoses ou plaies en rapport avec des lésions de défense ;
- Les poignets et les chevilles : ecchymoses en rapport avec des lésions de contention ;
- La face interne des cuisses : ecchymoses ou écorchures en rapport avec des tentatives d'écartement forcé.
- La face postérieure des épaules dans les tentatives de placage forcé au sol.

La description des lésions doit être précise. Il doit noter la nature de la lésion traumatique, sa localisation, sa forme, son ancienneté, sa dimension, son orientation...Une attention particulière doit être portée aux lésions d'âge différent qui orientent vers des violences répétées.



La présence de lésions traumatiques est en faveur de l'absence de consentement mais il est à noter que dans près de la moitié des cas, l'examen somatique ne trouve pas de lésions traumatiques, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu agression.

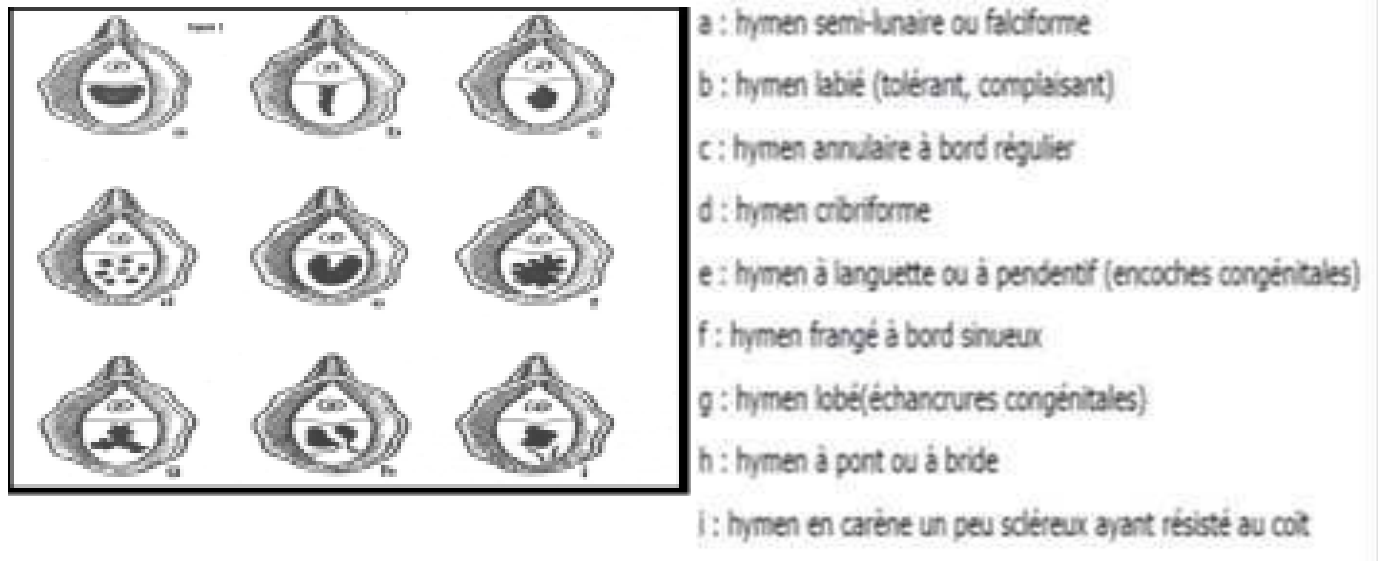
4.4. EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

L'examen gynécologique doit être fait sur une table gynécologique, sous un bon éclairage, en position gynécologique (décubitus dorsal et jambes fléchies et écartées).

L'examen débute par l'inspection de la région vulvaire à la recherche de lésions traumatiques, de saignement actif ou de traces biologiques qu'il faudra prélever.

C'est l'examen de l'hymen, véritable organe médico-légal qui permettra de dire s'il y a eu défloration ou non. C'est le témoin anatomique de la défloration.

L'hymen est une fine membrane percée, barrant l'entrée du vagin. Il existe plusieurs types d'hymen, dont les plus fréquents sont l'hymen annulaire, semi-lunaire et labié (Figure N°2).



Sa situation est variable selon l'âge, profonde chez la petite fille, plus extérieure chez la jeune fille et la femme.

L'examen de l'hymen peut se faire par trois techniques :

- Une traction en avant des grandes lèvres, la patiente devant pousser, la région vulvo-vaginale apparaît comme un espace infundibulaire au fond duquel l'hymen est déplié.
- L'hymen est jailli vers l'avant repoussé par un doigt introduit par l'anus.
- Une sonde urinaire à ballonnet est introduite à travers l'orifice hyménal. Le ballonnet est ensuite gonflé et la sonde est tirée doucement en dehors permettant de déplier l'hymen sur les bords de la sonde.

Le franchissement de l'hymen donne des **déchirures** complètes (atteignant le vestibule) ou partielles (Figure N°3), de siège variable sur la membrane hyménale. La situation des déchirures ne suit aucune règle.

L'évolution dans le temps de la défloration donne les aspects suivants :

- Aspect contemporain de la défloration : hémorragie d'importance variable, surface rouge ulcérée des bords des déchirures ;
- Après 2 à 3 jours : même aspect avec légère suppuration locale, bords douloureux et tuméfiés ;
- Après 4 à 5 jours : début de cicatrisation. Les surfaces ulcérées ne se ressoudent pas et se recouvre d'une muqueuse difficile à distinguer de la muqueuse voisine ;
- La cicatrisation complète en 8 à 15 jours. les bords sont sinueux, peu épaissis mais libres. La défloration est une blessure qui ne se referme pas ;
- Après plusieurs coïts : flaccidité des grandes lèvres, allongées, laissant voir les petites lèvres, replis affaissés de la muqueuse vaginale, atrophie des lambeaux de l'hymen ;
- Après accouchement : destruction des lambeaux atrophiques, persistance de crêtes muqueuses végétantes : caroncules myrtiliformes.



4.5. PRÉLÈVEMENTS

Les prélèvements sont réalisés en même temps que l'examen clinique. Ils peuvent apporter un complément de preuve pour l'acte sexuel commis grâce à la recherche systématique de spermatozoïdes dans les voies génitales, **l'expertise génétique** permettant de préciser l'identité du présumé agresseur, la recherche d'une soumission chimique, d'infections sexuellement transmissibles et la recherche de grossesse évolutive.

4.5.1. RECHERCHE DE MATÉRIEL BIOLOGIQUE MASCULIN

C'est essentiellement la recherche de spermatozoïde au niveau de la région vulvaire, des grandes et petites lèvres, à l'intérieur du vagin, au niveau anal et buccal et aussi sur les zones suspectes des vêtements et sur le préservatif. Le prélèvement se fait par écouvillon suivi d'un étalement sur lame en vue d'un examen microscopique. Au service de médecine légale de Tunis, nous utilisons la coloration de Christmas-Tree. La mise en évidence des spermatozoïdes dépend de plusieurs facteurs dont le délai écoulé depuis l'agression, la pratique ou non de toilette locale après l'agression et le siège du prélèvement. Il est possible de détecter des spermatozoïdes sur des écouvillons prélevés sur les victimes au niveau du vagin jusqu'à 120 heures après l'agression, jusqu'à 46 heures pour les prélèvements anaux et jusqu'à 6 heures pour les prélèvements oraux.

Si la recherche de spermatozoïdes s'avère négative (oligo ou azoospermie), on peut procéder à la recherche de l'antigène prostatique spécifique humain (PSA) dans le prélèvement. La PSA est une glycoprotéine majeure du liquide séminal, produite essentiellement par les cellules épithéliales du tissu prostatique. Sa sécrétion est indépendante de la production de spermatozoïdes. Le test de la PSA peut donc permettre de détecter l'éjaculat d'un homme stérile ou vasectomisé. Cette protéine peut être détectée sur des frottis vaginaux prélevés jusqu'à environ 48 heures après un viol.

4.5.2. IDENTIFICATION DE L'AGRESSEUR

Elle se base sur l'identification génétique. En cas de positivité de l'un des deux tests préliminaires (recherche de spermatozoïdes et PSA), on procède à l'analyse génétique (par une extraction différentielle) qui pour objectif d'établir un profil génétique du suspect. D'autres matériels peuvent être prélevés pour l'identification génétique à savoir les cellules épidermiques se trouvant sous les ongles de la victime s'il y a eu griffures de l'agresseur et la salive de l'agresseur au niveau d'une lésion de morsure.

Une identification odontologique est possible si l'agresseur a mordu la victime (à travers la trace de morsure).

4.5.3. RECHERCHE DE MALADIES TRANSMISSIBLES

Le médecin doit pratiquer un prélèvement sanguin à la recherche d'infection par le VIH, l'Hépatite B et C et la Syphilis, et un écouvillonnage pour la recherche de Gonocoque.

Si l'agression est récente, le prélèvement a pour but de dépister une infection préexistante. Des prélèvements ultérieurs sont à effectuer après un, trois et six mois de l'agression.

4.5.4. TEST DE GROSSESSE :

Le dosage des BHCG est systématique.

4.5.5. DOSAGE TOXICOLOGIQUE POUR ÉLIMINER UNE SOUMISSION CHIMIQUE :

Des analyses toxicologiques à la recherche d'alcool, de médicaments ou de drogues peuvent orienter vers la notion d'une soumission chimique. La recherche de toxiques se fait dans le sang (si consultation <24h), les urines et les cheveux (prélèvement à la consultation et un 2ème prélèvement 6 à 8 semaines après).

5. FORMES CLINIQUES

5.1. EN MATIÈRE DE VIOL

5.1.1. FORMES SELON L'ÂGE

La suspicion d'abus sexuel peut être d'emblée évoqué du fait du récit de l'enfant ou de ses parents, ou peut être suspecté au cours d'une consultation habituelle, devant des troubles non spécifiques comme les troubles psychosomatiques (douleurs abdominales ou pelviennes, encoprésie/énurésie), troubles généraux du comportement (troubles du sommeil, fugue, tentative de suicide, repli sur soi, agressivité, phobie du contact physique) et difficultés scolaires.

Le diagnostic repose essentiellement sur l'interrogatoire de l'enfant qui doit être objectif et se dérouler dans un climat de calme et de confiance en utilisant le vocabulaire de l'enfant. Chez le petit enfant, l'utilisation de dessins ou d'une poupée asexuée peut être utile ; ainsi, la représentation d'organes génitaux sur un dessin de personnage semble évocatrice d'abus.

Un examen clinique complet doit être effectué, en précisant le stade de développement à travers les caractères sexuels secondaires (sein, pilosité), en terminant par l'examen périnéal.

L'examen gynécologique doit être expliqué et consenti ; chez la petite fille, il est réalisé en position dite de la « grenouille » : décubitus dorsal, jambes repliées, genoux tournés vers l'extérieur et talon l'un contre l'autre, par une simple inspection.

Les lésions présentes en cas de viol sont fonction de l'état antérieur des voies génitales féminines et en particulier leur développement.

Les victimes âgées de 6 à 12 ans présentent le plus souvent des lésions importantes avec des éclatements vulvo-vaginaux et de hémorragies importantes. Pour les victimes âgées de moins de 6 ans, l'intromission de la verge est quasi impossible et se fait au prix de lésions importantes.

5.1.2. FORMES SELON LE TYPE DE L'HYMEN

- Viol sans défloration : En cas d'hymen dilatable, l'introduction du membre viril n'occasionne pas de déchirures ni de douleurs et de pertes sanguines. Il s'agit d'un hymen complaisant qui se distend sans se déchirer. Le médecin devra surtout rechercher des lésions traumatiques corporelles. L'absence de déchirure hyménale n'élimine pas le diagnostic de viol.

- Viol sur les femmes anciennement déflorées : Son diagnostic est difficile. La preuve peut être apportée en cas de présence de sperme dans le vagin et de traces de violence sur le corps.

5.1.3. FORMES SELON LE TYPE DE PÉNÉTRATION :

- Pénétration vaginale
- Pénétration anale
- Pénétration orale

5.2. EN MATIÈRE DE SODOMIE

5.2.1. SODOMIE AIGÜE

C'est un coït anal récent. S'il est librement consenti, il peut ne pas laisser de traces, mais le franchissement forcé du sphincter en contraction défensive réalise un véritable traumatisme qui provoque souvent des lésions au niveau de la marge anale, visibles pendant quelques jours seulement :

- Erosions en coups d'ongles, sanguinolentes, suintantes, longues de quelques millimètres, disposées parallèlement aux plis radiaires sur le pourtour de la muqueuse.
- La marche, la défécation et le toucher rectal sont douloureux
- Parfois, en cas de coït brutal, on peut constater un éclatement anal
- Au toucher rectal on peut constater une contracture du sphincter anal.

5.2.2. SODOMIE CHRONIQUE

La pratique chronique de la sodomie fait subir à la région anale des déformations particulières :

- L'effacement des plis radiaires de l'anus qui devient facilement dilatable. A l'examen, il se laisse pénétrer facilement sans opposer de grande résistance ;
- L'anus s'enfonce dans le périnée avec un relâchement du sphincter ;
- La déformation infundibulaire de l'anus est ni constante ni spécifique et elle se rencontre chez les sujets âgés et maigres
- A un stade plus avancé, l'ouverture permanente de l'anus entraîne une incontinence plus au moins complète des matières fécales. Ce signe n'a pas de signification sur le cadavre vu le relâchement sphinctérien post-mortem.

5.3. EN MATIÈRE D'OUTRAGE PUBLIC À LA PUDEUR

Le médecin peut être appelé à donner son avis sur l'existence d'une pathologie psychiatrique ou organique pouvant expliquer le comportement du suspect.

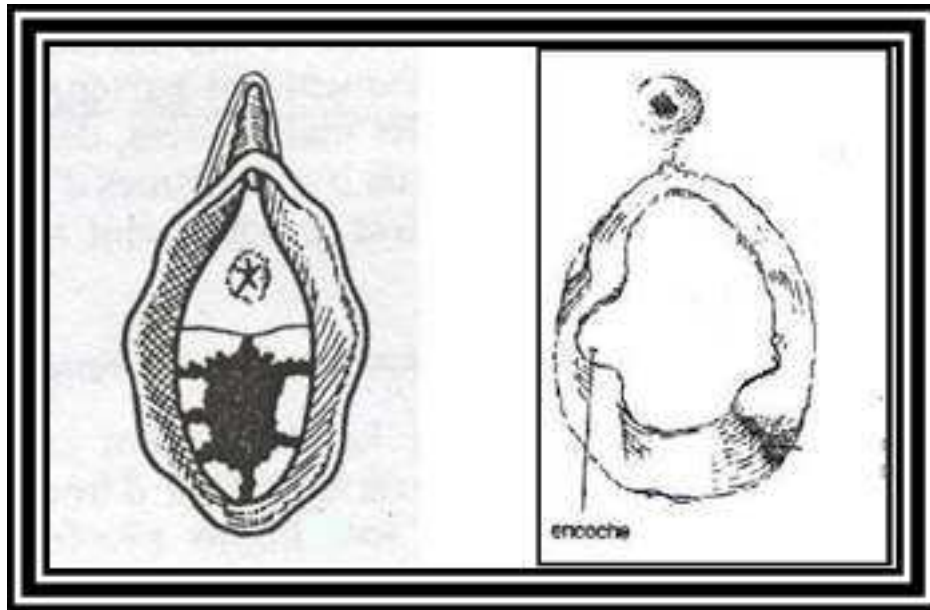
6. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

6.1. EN MATIÈRE DE VIOL

- **DÉFLORATION SANS VIOL** : La défloration peut être accidentelle suite à une chute sur un objet pointu ou en califourchon sur une surface dure. Elle peut être secondaire à l'intromission d'un objet autre que la verge. Chez les petites filles une défloration d'origine vénérienne peut se voir du fait de la vulvite ulcéreuse. Mais la danse, l'équitation ou l'écartement brusque des cuisses ne sont pas capables de rompre l'hymen.
- **TENTATIVE DE VIOL SUR UN HYMEN INFRANCHISSABLE** constitué par une membrane de structure fibreuse, tendineuse ou semi-cartilagineuse, ou de forme complètement diaphragmatique. La verge refoule l'hymen sans le franchir (grossesse possible sans défloration).
- **DISTINCTION ENTRE UNE ENCOCHE PHYSIOLOGIQUE ET UNE DÉCHIRURE DE L'HYMEN** (figure 4) : elle n'est pas toujours facile.

La déchirure survient après un traumatisme, arrive à l'insertion de l'hymen (quand elle est complète). Les bords constituent un angle aigu et leur rapprochement peut refaire la forme.

L'encoche est congénitale, incomplète, arrondi (l'angle fait une pente douce) et inaffrontable si on rapproche les lambeaux.



6.2. EN MATIÈRE DE SODOMIE

Le diagnostic différentiel se fait avec les pathologies qui entraînent un relâchement sphinctérien telles les myopathies ou qui se manifestent par des ulcérations de la marge anale comme la rectocolite hémorragique, la maladie de Crohn, le lichen scléreux atrophique (pathologie d'origine indéterminée qui se manifeste par des lésions hémorragiques après un traumatisme minime (essuyage par du papier toilette), les parasitoses (oxyurose).

7. RÔLE DU MÉDECIN

7.1. RÔLE THÉRAPEUTIQUE

A l'issue de l'examen de la victime, le médecin devra prodiguer les soins nécessaires (antalgiques, soins des plaies). Un suivi psychologique doit toujours être prévu pour évaluer la manière dont la victime parvient à surmonter la situation abusive qu'elle a vécue. Devant une forte suspicion d'une infection au VIH il devra l'orienter vers un infectiologue (évaluer le risque de contamination et discuter la trithérapie d'emblée). En l'absence d'une vaccination antérieure contre l'hépatite B, une vaccination et une séroprophylaxie sont préconisées ; en cas de grossesse, l'orienter vers un gynécologue.

7.2. RÉDACTION DU RAPPORT

Le rapport médical doit être rédigé par le médecin examinateur de façon claire, précise et simple. Il doit être descriptif et rapporter toutes les lésions objectives retrouvées à l'examen.

Le médecin doit rester objectif et n'utiliser que des termes médicaux (par exemple le terme viol est une qualification juridique et ne doit pas être utilisé) ; on parle plutôt alors « de signes de défloration récente/ ancienne résultant de l'intromission d'un organe gros et dur tel un membre viril en érection ».

Le rapport est constitué schématiquement de :

- Préambule avec identité et qualité du médecin et de la victime présumée.
- ATCD de la victime
- Le rappel des faits selon les dires de la patiente, rapportée au conditionnel
- Les doléances actuelles
- Les données de l'examen : éléments positifs (lésions traumatiques, déchirures hyménales) et négatifs (par rapport aux données des commémoratifs et des doléances). Par exemple si la victime rapporte un traumatisme du coude droit par un objet contondant et l'examen ne trouve pas de lésions traumatiques avec une mobilité normale du coude. Ces données doivent être mentionnées sur le rapport.
- Les prélèvements effectués (nature et but du prélèvement)
- La conclusion (compatibilité des données de l'examen avec l'agression rapportée) avec la durée de repos nécessaire en cas de lésions traumatiques.

Le rapport est remis aux autorités si l'examen est fait sur réquisition des autorités judiciaires, à l'intéressée si l'examen a été effectué à sa demande ou au tuteur légal dans le cas des mineurs et des incapables majeurs.

Il faudra penser à garder un double du rapport dans un dossier confidentiel.

8. CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

8.1. CHEZ L'ENFANT

Si le médecin constate qu'un enfant (<18 ans) est victime d'exploitation sexuelle (ce qui correspond à une situation d'un enfant en danger au sens de l'article 20 du CPE), il a une obligation légale de signalement au Délégué à la Protection de l'Enfance qui entame une enquête et saisie le juge de famille.

Le signalement constitue dans ce cas une dérogation légale au secret médicale.

8.2. CONSÉQUENCES PÉNALES

Les sanctions pénales des AS sont très lourdes et varient en fonction du type de l'acte, de l'usage ou non de violence et de l'âge de la victime (articles 226-> 230 du code pénal).

Les circonstances aggravantes : si agression commise par un ascendant de la victime, une personne ayant l'autorité sur la victime (instituteur, médecin) et si l'agression a été commise à l'aide de plusieurs personnes.

9. CONCLUSIONS

Véritable urgence médico légale, les AS et surtout le viol requiert toute l'attention du médecin. L'examen très difficile se doit d'être complet et systématique. Un examen négatif n'élimine pas une AS. Le médecin doit traiter la victime mais aussi lui garantir ses droits en pratiquant les prélèvements et les examens complémentaires nécessaires et en rédigeant un rapport descriptif, attentif, objectif et complet sans qualification de l'infraction. Les conséquences pénales sont très lourdes, nécessitant une grande prudence du médecin dans la formulation de ses conclusions.

L'AVORTEMENT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1.- Préciser les critères de viabilité fœtale
- 2.- Décrire les indications légales de l'interruption médicale de grossesse
- 3.- Préciser les conditions légales d'interruption de grossesse dans les 3 premiers mois de grossesse
- 4.- Préciser les conditions légales d'interruption de grossesse après les 3 premiers mois de grossesse
- 5.- Enumérer les différents moyens abortifs.

*« Il ne peut être procédé à une interruption de grossesse
que dans les cas et conditions prévus la législation en vigueur »*

Art. 40 du C.D.M

INTRODUCTION

Le problème de l'interruption volontaire de la grossesse est certainement l'un des plus difficiles et plus douloureux qui puissent se poser à la conscience humaine. Plus encore que tous les autres dilemmes qui mettent en cause le droit, dans certaines circonstances pour la société ou pour l'individu de sacrifier volontairement ou de mettre en péril la vie d'un être humain, l'avortement provoqué met en opposition tant de valeurs fondamentales et des raisons légitimes qu'il provoque en chacun d'entre nous un sentiment de malaise ou d'angoisse et déchaîne aussi quelquefois, les passions.

En ce domaine, tout être humain conscient de la somme infinie de hasards qui l'ont appelé à la vie ne peut que se sentir profondément touché par cette énigme qui constitue la venue d'un enfant. Ce problème concerne personnellement, ne saurait-ce que sous l'angle de la contraception et de l'éventualité d'échecs ou d'erreurs, chaque individu en état de procréer et naturellement en tout premier lieu les femmes.

Dans tous les pays, l'interruption volontaire de la grossesse fait l'objet d'une législation. C'est donc aux législateurs qu'incombe la lourde responsabilité d'édicter des règles de droit. Ces règles de droit vont de l'interdiction totale de l'avortement sur demande.

Pour être efficace, juste et réaliste, toute législation doit être conforme aux réalités du pays et doit répondre aux aspirations des citoyens.

1. CONDITIONS GÉNÉRALES :

1. 1. DEFINITION :

L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante.

La viabilité du fœtus est généralement définie en fonction :

- De la durée de la grossesse ;
- Du poids du fœtus
- Parfois de sa longueur et des moyens de réanimation variables d'un pays à l'autre.

Une enquête effectuée par l'O.M.S. a révélé que les définitions varient considérablement selon les pays.

Traditionnellement, on admet que le fœtus est viable à la 28^e semaine de gestation ou lorsqu'il pèse 1000 grammes ;

Cette définition est purement empirique, mais elle semble être utilisée par la majorité des pays qui ont adopté une définition de l'avortement.

En Tunisie, on admet que l'avortement est l'expulsion d'un fœtus avant l'époque de l'accouchement, fixée à 180 jours au moins après la conception.

- Du point de vue médico-légal, on distingue :
 - L'avortement spontané ou « fausse couche »
 - De l'avortement provoqué.
- Du point de vue légal, on distingue :
 - L'avortement provoqué criminel qui est illégal;
 - De l'avortement « légal » prévu par les textes.

1. 2. RAPPEL DE L'ÉVOLUTION EMBRYONNAIRE ET FŒTALE :

L'étude de l'avortement nécessite un bref rappel de l'évolution embryonnaire et fœtale.

1. 2. 1. EMBRYON :

La vie embryonnaire s'étend de la conception au 3^e mois de la vie intra-utérine.

L'œuf se développe au cours du premier mois au sein d'une masse villeuse accrochée à l'utérus.

Vers le deuxième mois apparaissent l'embryon avec ses enveloppes et les cavités amniotiques.

Vers la fin du deuxième mois, la surface externe de l'œuf se modifie.

C'est vers le troisième mois que le développement embryonnaire est complet, l'embryon atteint 8cm, avec membranes pupillaires, rudiments de nez et d'oreilles.

1. 2. 2. FŒTUS :

À partir du troisième mois, le fœtus est complet.

Le sexe peut être reconnu (des erreurs sont assez fréquentes pourtant et des fœtus sont souvent déclarés à tort, de sexe féminin).

Le méconium existe dans l'intestin et progresse à partir du quatrième mois du duodénum au gros intestin.

La migration testiculaire se produit du 5^e au 7^e – 8^e mois.

1. 2. 3. ÂGE :

L'âge est fonction de la taille ou de la longueur de la diaphyse des os longs (Balthazard et Dervieux) :

Taille (en centimètre) = (longueur de la diaphyse fémorale x 5,6) + 8 ou (longueur de la diaphyse humérale ou tibiale x 6,5) + 8.

La mesure de la diaphyse s'effectue avec un pied à coulisse sur un os débarrassé de ses extrémités cartilagineuses.

L'âge (en jours) = la taille (en centimètres) x 5,6.

1.3. CIRCONSTANCES D'OBSERVATION :

1.3.1. L'AVORTEMENT SPONTANÉ PEUT ÊTRE DÛ À :

- Des troubles utérins (infections), ovariens;
- Des anomalies du fœtus ou du placenta;
- Une infection (syphilis), à une intoxication, à une toxémie gravidique.

1.3.2. L'AVORTEMENT PROVOQUÉ :

Est pratiqué le plus souvent parce que la femme ne peut pas au moment où elle se trouve enceinte conduire sa grossesse à terme et donner naissance à un enfant ou l'élever.

Rares sont les circonstances où la grossesse est désirée, mais interrompue parce qu'elle menace véritablement la vie de la mère ou bien parce qu'on sait ou qu'on suppose que l'enfant sera malformée ou anormal.

Les raisons admises par certaines législations et qui sont devenues des indications légales de l'interruption de la grossesse sont classées en quatre groupes :

- Des indications pour raisons médicales;
- Des indications pour raisons eugéniques;
- Des indications pour raisons humanitaires;
- Des indications pour raisons sociales.

a. Raisons médicales :

Dans la conception classique qui continue à prévaloir dans nombreux pays, l'avortement n'est justifié que si la grossesse constitue pour la vie de la femme enceinte une menace sérieuse qu'il est impossible d'écarter d'une autre manière.

Dans certains pays, l'avortement thérapeutique ne peut être fait que si la menace est immédiate.

D'autres pays considèrent comme indication acceptable l'aggravation probable d'une affection qui met potentiellement la vie de la mère en danger.

Ces indications peuvent être :

a.1. D'ordre physique :

La liste des maladies considérées comme menaçant gravement la vie a subi des modifications et a été réduite.

Avant, la tuberculose pulmonaire et les vomissements incoercibles constituent d'importantes indications médicales pour interrompre une grossesse.

Actuellement, grâce aux progrès de la thérapeutique, l'importance de ces troubles s'est considérablement réduite et ces maladies ne peuvent plus être considérées comme des indications imminentes d'interruption de grossesse.

Parmi les indications médicales qui subissent, il convient de citer :

- L'hydramnios aigu ;
- L'hypertension grave ;
- La toxémie gravidique au cours d'une hypertension permanente avec néphrite chronique ;
- Les maladies cardiaques ou rénales chroniques ;
- Le cancer du sein et des organes pelviens.

a.2. D'ordre psychique :

Aux indications médicales d'ordre physique viennent s'ajouter aujourd'hui des indications médicales touchant la santé mentale des femmes enceintes et futures mères.

Certains pays se sont intéressés aux conséquences des grossesses non désirées et des maternités sur la santé mentale.

En mentionnant le risque de suicide dans certains cas, il convient d'insister sur la rupture dans certains autres cas de l'équilibre de la personnalité.

b. Risques eugéniques :

Dans certains pays, la prévision d'une anomalie physique ou mentale de l'enfant à naître est considérée comme une raison valable pour interrompre la grossesse.

Avant les raisons eugéniques tenaient principalement compte de la transmission héréditaire, c'est-à-dire du génétique de l'arriération mentale, des maladies mentales, de l'épilepsie idiopathique et des graves malformations physiques.

Depuis 1940, cette conception s'est élargie pour inclure les lésions provoquées in utero chez le fœtus par les agents tels que des médicaments (thalidomide), les rayonnements ionisants et les infections virales, au premier rang desquelles figure la rubéole.

Au cours des dernières années. Il est devenu possible dans certains pays d'identifier au moins quelques types d'anomalies fœtales (par exemple le syndrome de Down, la trisomie 21 ou mongolisme par amniocentèse et culture cellulaire et l'anencéphalie par ultrasons; le tout à un stade suffisamment précoce de la gestation pour permettre d'interrompre la grossesse avant que le fœtus ne soit apte à la vie extra-utérine.

c. Raisons « HUMANITAIRES » ou « ÉTHIQUES » ou « JURIDIQUES » :

L'avortement est admis quand la grossesse est la conséquence d'un viol, d'un inceste ou d'autres délits sexuels.

d. Raisons sociales :

L'attitude traditionnelle consistait à envisager la menace représentée par la grossesse ou la maternité pour la vie de la femme et de sa santé physique ou mentale comme un acte purement médical et à négliger les conditions dans lesquelles la femme aurait à vivre pendant sa grossesse et après son accouchement.

Depuis quelques années, cette conception a évolué et dans beaucoup de pays, les conditions extérieures sont prises en considération dans l'appréciation des indications médicales de l'interruption de la grossesse. Ces « indications médicales élargies » ou plus exactement « indications économico-sociales » sont conformes à l'esprit de la définition que l'O. M. S. donne de la santé qui est « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Afin de sauvegarder le bien-être social de la femme enceinte et de sa famille, certaines législations ont autorisé l'interruption de la grossesse pour des revenus familiaux, etc. ...

C'est pourquoi les raisons sociales sont moins largement admises que ne le sont les raisons médicales, eugéniques et humanitaires.

Mais lorsque le principe est accepté, la responsabilité de la décision est laissée à la femme enceinte, sans qu'il soit exercé de pression inspirée de normes objectives.

2. LES ASPECTS LÉGAUX :

2.1. DISPOSITIONS DÉONTOLOGIQUES :

L'art. 40 du Code de déontologie Médicale précise : « il ne peut être procédé à une interruption de grossesse que dans les cas et conditions prévus par la législation en vigueur ».

2.2. DISPOSITIONS LÉGALES ACTUELLES :

2.2.1 TEXTE :

L'article 214 du Code pénal tunisien tel qu'il a été modifié par le décret-loi n° 73-2 du 26 septembre 1973 stipule :

« Quiconque par aliments, breuvages, médicaments ou tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de 5 ans et d'une amende de dix mille dinars, ou de l'une des ces deux peines seulement ».

« Sera puni d'un emprisonnement de 2 ans et d'une amende de deux mille dinars, ou de l'une de ces deux peines seulement, la femme qui se sera procurée ou tentée de se procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet ».

« L'interruption artificielle de la grossesse est autorisée lorsqu'elle intervient dans les trois premiers mois dans un établissement hospitalier ou sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession ».

« Postérieurement aux trois mois, l'interruption de la grossesse peut aussi être pratiquée, lorsque la santé de la mère ou son équilibre risquent d'être compromis par la continuation de la grossesse ou encore lorsque l'enfant à naître risquerait de souffrir d'une maladie ou d'une infirmité grave. Dans ce cas, elle doit intervenir dans un établissement agréé à cet effet ».

« L'interruption visée à l'alinéa précédent doit avoir lieu sur présentation d'un rapport du médecin traitant au médecin devant effectuer ladite interruption ».

2.3. COMMENTAIRES :

Le nouveau texte de 1973 maintient les mêmes sanctions pour les avortements « clandestins » et légalise l'interruption artificielle pratiquée par un médecin exerçant légalement sa profession sans plus se référer à la situation sociale de la femme enceinte.

Cette légalisation est envisagée sous deux aspects et dans des conditions bien définies :

2.3.1. L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE DANS LES TROIS PREMIERS MOIS :

- Elle est volontaire;
- Elle doit être faite dans un établissement hospitalier ou dans une clinique agréée à cet effet;
- Elle doit être pratiquée par un médecin exerçant légalement sa profession.

2.3.2. L'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE APRÈS LES TROIS PREMIERS MOIS DE GESTATION :

- Elle doit être indiquée pour des raisons de santé soit de la mère soit de l'enfant à naître.
- Elle doit être faite dans un établissement hospitalier ou une clinique agréée à cet effet;
- Elle ne peut être pratiquée que sur présentation d'un rapport du médecin traitant au médecin devant effectuer ladite interruption.

3. ASPECTS MÉDICAUX :

3.1. AVORTEMENT CRIMINEL :

3.1.1. LES MOYENS ABORTIFS :

Les méthodes utilisées le plus souvent se proposent de réaliser l'intoxication du fœtus ou de l'évacuer par des moyens mécaniques.

Les substances abortives sont des toxiques agissant aussi bien sur la mère que sur le fœtus et le plus souvent l'intoxication maternelle doit être sévère pour que l'avortement se produise...

- Substances minérales : sels de plomb, de mercure, phosphore
- Substances végétales : apiol, ergot, quinine, rue, sabine, essence, d'amande amère;
- Substances biologiques : folliculine considérée d'ailleurs comme inefficace.

Les méthodes mécaniques aboutissant plus régulièrement à l'effet d'avortement consistant soit en chocs, secousses d'efficacité très douteuse, soit en ponction de l'œuf avec des tiges, soit en décollement de l'œuf par l'intermédiaire de canules et en injectant souvent des produits communs : eau de javel, teinture d'iode, alcool, eau savonneuse, eau oxygénée, soit en formolisation de l'œuf, soit en dilatation du col au moyen de lamineaires.

Une femme peut se faire avorter seule, surtout une multipare. La plupart du temps les femmes se font avorter par une autre personne.

3.1.2. COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT :

- Certaines complications sont compatibles avec la survie : syncope, lipothymie, accidents cérébraux du type comitial pseudo-parkinsonien survenant très vite après l'avortement, souvent dus à une embolie gazeuse; métrorragies, rarement cataclysmiques, mais souvent prolongées dues à la rétention placentaire; surinfection surtout métrite, salpingite, périmétrite, pelvipéritonite, thrombophlébite pelvienne avec possibilité d'embolie pulmonaire, septicémie.

- Les accidents médico-légaux les plus graves sont :

- Mort par inhibition (pendant les manœuvres ou survenant peu après) avertie le plus souvent par le malaise, la femme perd connaissance, cesse de respirer pâlit et meurt. L'autopsie montre peu de choses, quelquefois l'avortement n'est même pas commencé et l'on peut ne pas trouver de signes traumatiques. Si l'enquête n'apporte aucun fait précis en faveur de l'avortement criminel, il faut connaître la possibilité de mort subite, le plus souvent vers le 5^e mois, au cours de grossesses apparemment normales.

- Mort par embolie : elle survient le plus souvent pendant l'injection d'air, d'eau savonneuse ou d'eau oxygénée, elle est précédée de convulsions, d'apnée.

L'autopsie précoce doit chercher des bulles gazeuses dans les cavités cardiaques droites et les gros vaisseaux cérébraux.

- Mort par infection septicémie : elle peut survenir à la suite d'une infection suraiguë péritonéale, d'un infarctus utérin avec aspect aubergine de l'utérus qui peut secondairement évoluer vers un état de gangrène et se compliquer souvent d'anurie.

Des infections mortelles peuvent se voir : septicémie à *perfringens* avec hémolyse massive, hépatonéphrite. L'atteinte ictérique des téguments, l'existence d'une hémolyse très marquée et d'une hémoglobinurie avant la phase d'anurie permettant le diagnostic; les lésions hépato-rénales sont évidentes. Le tétanos enfin était fréquent. C'est habituellement un tétanos généralisé, très grave.

- Mort par hémorragie : possible dans les jours qui suivent l'avortement. L'hémorragie est plus importante lorsque l'avortement est précoce. L'autopsie permettra de faire le diagnostic différentiel avec une grossesse extra-utérine rompue.

Enfin, l'association des manœuvres abortives, d'injections de caustiques et d'absorption de toxiques peut donner un tableau extrêmement complexe où se mêlent des signes inflammatoires et des hémorragies, des atteintes viscérales hépatorénales, des signes encéphaliques : coma, convulsions, des signes d'atteinte périphérique : polynévrite à l'apiol.

Actuellement, les accidents sont beaucoup moins fréquents, les avorteurs prenant la précaution d'intervenir sur des femmes à jeun, préparées par des neuroplégiques afin d'éviter les accidents immédiats. La mort par inhibition n'est toutefois pas exceptionnelle.

3.1.3. L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE :

Cherche à démontrer la réalité de l'avortement.

• Sur la femme vivante :

- S'il s'agit d'un avortement précoce, le diagnostic en est très difficile, sauf par l'examen histologique des débris placentaires éventuels. La recherche de signes de violence (ecchymose sur le col utérin) est souvent négative et rend difficile la preuve d'un avortement criminel.

a. En cas d'IVG non conforme à la loi :

La loi par le biais de l'article 214 du CPT a défini les conditions légales permettant de justifier l'avortement et les sanctions encourues en cas de dérapage.

Le non-respect d'une de ces conditions prévues par la législation en vigueur entraîne des poursuites et des sanctions pénales envers les médecins imprudents.

b. En cas de l'échec de l'IVG :

b.1. Poursuite normale de la grossesse :

La possibilité d'échec de l'interruption rend très souhaitable l'examen anatomique du produit recueilli.

Au moindre doute, l'examen histologique s'impose pour rechercher des débris embryonnaires ou des villosités chorales.

b.2. Grossesse extra-utérine :

Il faut se méfier d'un échec de la manœuvre abortive et rechercher une grossesse ectopique.

Dans le cadre de la prévention de ces risques médico-légaux, il apparaît indispensable de se référer à un protocole rigoureux comprenant un contrôle post-I. V. G.

c. En cas d'IVG source de complications :

Bien que les complications mortelles sont devenues exceptionnelles, certains accidents médico-légaux mêmes mineurs sont pourvoyeurs de poursuites judiciaires contre les médecins. Ces complications sont liées à une technique médicale inadéquate engageant la responsabilité du médecin.

La prévention de ces complications et des plaintes médico-légales éventuelles repose sur une information de la femme, la prudence et la patience du médecin, la surveillance des interruptions de la grossesse aussi sur un examen préopératoire.

3.2.3. EN CONCLUSION :

Il convient de :

RETENIR que l'article 214 du CP (modifié par le décret – loi n° 73 – 2 du 26 septembre 1973) :

- Maintenant les mêmes sanctions pour les avortements « clandestins » criminels;
- ET LÉGALISE l'interruption de la grossesse pratiquée par un médecin exerçant légalement sa profession sans plus se référer à la situation de la femme.

SAVOIR que le législateur tunisien en édictant cette nouvelle règle de droit a considéré :

- Que l'avortement est un acte médical qui ne doit être pratiqué que par le médecin exerçant légalement sa profession dans un milieu hospitalier ou une clinique agréée à cet effet afin d'assurer à la femme le maximum de garantie et de sécurité.
- Que le recours à l'interruption de la grossesse est un droit de la femme. Elle peut en user en cas d'échec d'une méthode anticonceptionnelle, mais elle ne doit jamais en abuser. L'avortement étant une solution extrême, sanction d'un échec et non un moyen normal de régulation de naissance.

DOCUMENTATION MÉDICO-LÉGALE DES MAUVAIS TRAITEMENTS ET DE LA TORTURE

Les objectifs éducationnels

A la fin du cours les apprenants seront capables de :

1. Définir la torture au sens de l'article 101bis du code pénal ;
2. Préciser les éléments constitutifs du crime torture ;
3. Décrire les principales méthodes de torture physique ;
4. Documenter les séquelles physiques et psychologiques chez une victime de torture.

1. INTRODUCTION

La torture est « largement » prohibée et « largement » pratiquée. La torture existe depuis la naissance de l'homme, ses méthodes évoluent et ses séquelles se font de plus en plus handicapantes, sournaises et graves, mais ses motivations sont à peu près toujours les mêmes, à savoir punir, terroriser ou extirper des informations. Cependant, cette pratique a perdu de sa popularité depuis sa condamnation absolue après la seconde guerre mondiale et c'est depuis les actes terroristes du 11 septembre 2001, que ce fléau connaît une nouvelle vie, avec de nombreuses tentatives ont été lancées pour justifier et légaliser son utilisation, notamment dans le cadre de la guerre contre le terrorisme.

2. DÉFINITIONS

2.1-LA TORTURE :

Il existe une multitude de définitions de la torture qui sème une grande ambiguïté sur sa réalité.

Selon la convention des nations unies, le terme « torture » désigne *tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officielle ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite.*

Cette définition de la torture est une définition juridique fondée sur la qualification de l'acte et centrée sur les auteurs. Aussi, d'un point de vue médical, il est recommandé d'utiliser la définition de la violence organisée, qui est celle de la violence du groupe contre l'individu et ainsi de laisser à la justice la qualification juridique de ces violences.

2.2-LES MAUVAIS TRAITEMENTS :

Ce sont des violences ou actions de faire subir à un être, généralement plus faible, des choses (coups, par exemple) ou situation (manque d'hygiène) qui lui font mal, qui le font souffrir. Les mauvais traitements peuvent être physiques ou mentaux.

2.3- LES ACTES INHUMAINS OU DÉGRADANTS :

La notion de peine ou traitement cruel, **inhumain** ou **dégradant** regroupe l'ensemble de mesures et châtiments causant une souffrance physique ou mentale à une personne, ou visant à la rabaisser ou à l'humilier. La torture constitue une forme aggravée de traitement cruel, inhumain ou dégradant.

3- CADRE JURIDIQUE

Plusieurs textes juridiques à travers le monde (nationaux et internationaux) sont parus dans le but de limiter la pratique de la torture et des mauvais traitements et d'en punir leurs auteurs. La Tunisie n'a pas échappé à cette règle, et l'interdiction de ces pratiques existe même dans les textes pénaux les plus anciens.

3.1- LES TEXTES INTERNATIONAUX

Sont très nombreux, universels ou spécifiques à la lutte contre la torture, on va se limiter aux principaux et dont la Tunisie les a ratifiés.

3.1.1- LE DROIT INTERNATIONAL DES DROITS DE L'HOMME

a- La déclaration universelle des droits de l'homme (10 décembre 1948)

Article 5 : Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

b- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (16 décembre 1966)

Article 7 : Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

c- Convention relative aux droits de l'enfant (20 novembre 1989)

Article 37 : Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

d- Charte africaine des droits des personnes et des peuples (juin 1981)

Article 5 : Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique. Toutes formes d'exploitation et d'avilissement de l'homme notamment l'esclavage, la traite des personnes, la torture physique ou morale, et les peines ou les traitements cruels inhumains ou dégradants sont interdites.

e- Déclaration de l'ONU de la protection de toutes les personnes de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (09 décembre 1975)

Article 3 : Aucun Etat ne peut autoriser ou tolérer la torture ou autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

Article 4 : Tout Etat, conformément aux dispositions de la présente Déclaration, prend des mesures effectives pour empêcher que la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ne soient pratiqués dans sa juridiction.

f- Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (ONU, le 10 décembre 1984)

g- Protocole d'Istanbul – Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements, cruels, inhumains ou dégradants (ONU, août 1999).

3.1.2- LE DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE

C'est principalement les quatre conventions de Genève du 12 août 1949, ratifiées par la Tunisie le 04 mai 1957. Ces conventions qui imposent le respect de la personne humaine et interdisent toute forme de mauvais traitement ou de torture pendant les guerres.

a- La première convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne.

b- La deuxième convention de Genève pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés dans les forces armées en mer.

c- La troisième convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre

d- La quatrième convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre.

3.1.3- LE DROIT PÉNAL INTERNATIONAL

Représenté par la convention de Rome, portant le statut de la Cour Pénale Internationale, entrée en vigueur le 1er juillet 2002 et ratifiée par la Tunisie le 14 mai 2011. Ce statut prohibe les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité, dont la torture figure l'une leur politique et des méthodes infligées aux victimes.

3.2- LES TEXTES NATIONAUX

Plusieurs textes nationaux ont traité la question de la torture, à commencer bien sûr par la nouvelle constitution du 27 janvier 2014.

3.2.1- LA CONSTITUTION :

Article 23 : L'Etat protège la dignité de l'être humain et son intégrité physique et interdit la torture morale ou physique. Le crime de torture est imprescriptible.

Article 27 : Tout prévenu est présumé innocent jusqu'à l'établissement de sa culpabilité dans le cadre d'un procès équitable

Article 29 : Aucune personne ne peut être arrêtée ou détenue, sauf en cas de flagrant délit ou en vertu d'une décision

judiciaire. Elle est immédiatement informée de ses droits et de l'accusation qui lui est adressée. Elle a le droit de se faire représenter par un avocat. La durée de l'arrestation ou de la détention est fixée par la loi.

Article 30 : Tout détenu a droit à un traitement humain qui préserver sa dignité....

3.2.2- LE CODE PÉNAL :

L'article 101 du code pénal prévoit des peines pour le **fonctionnaire public ou assimilé** qui use de violences ou torture envers des personnes.

Article 101bis (Ajouté par la loi n°99-89 du 2 août 1999 et modifié par l'article premier du décret-loi n°2011-106 du 22 octobre 2011) stipule :

«Le terme torture désigne tout acte par lequel une douleur ou une souffrance aiguë physique ou mentale sont intentionnellement infligées à une personne aux fins d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis.

Est considéré comme torture le fait d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne aux fins d'obtenir des renseignements ou des aveux.

Entre dans le cadre de la torture, la douleur, la souffrance, l'intimidation ou la contrainte infligées pour tout autre motif fondé sur la discrimination raciale.

Est considéré comme tortionnaire, le fonctionnaire public ou assimilé qui ordonne, incite, approuve ou garde le silence sur la torture, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions».

Sanctions des actes de violences, mauvais traitements et torture :

Acte commis	Sanction
Article 101 du code pénal	
Violences	5 ans 120 DT d'amende
Article 101 ter du code pénal	
Torture	8 ans d'emprisonnement 10000 DT d'amende
Torture +amputation, fracture, handicap	12 ans d'emprisonnement 20000 DT d'amende 16 ans d'emprisonnement 25000 DT d'amende si la victime est un enfant
Torture + décès de la victime	Emprisonnement à vie
Article 103 du code pénal	
Violences + mauvais traitement (pour obtenir des aveux ou déclarations)	5 ans 120 DT d'amende

3.2.3- LE CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE :

Plusieurs articles du CDM interdisent l'atteinte de l'intégrité du corps humain et obligent le médecin d'exercer sa profession tout en respectant la personne humaine, notamment :

Article 2 : *Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.*

Article 3 : *Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades sans discrimination aucune.*

Article 4 : *Sauf en cas de nécessité justifiée par l'intérêt des malades, le médecin ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.*

Article 7 : *Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne 2 serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'inté-*

grité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

Article 29 : *En cas de conflit armé, la mission essentielle du médecin est d'assurer la sauvegarde de la vie et de la santé humaine conformément aux dispositions des articles 1, 2 et 3 du présent code.*

Article 30 : *Les membres de profession médicale doivent recevoir la protection nécessaire pour exercer librement leurs activités professionnelles. Toute assistance leur sera donnée pour l'accomplissement de leur mission, en particulier ils auront le droit de circuler librement à toute heure, et de se rendre dans tous les lieux où leur présence est requise.*

4- LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU CRIME TORTURE

La définition de la torture (d'après la convention des nations unies contre la torture) inclut toujours la réunion de trois éléments essentiels pour qualifier un acte de violence d'un acte de torture :

4.1- UN ACTE MATÉRIEL : cet acte peut être :

- Direct : violences physiques ou sexuelles
- Indirect : toute forme de privation d'un besoin physiologique

4.2- Provoquant **UNE SOUFFRANCE AIGUE** à une personne :

Cette souffrance peut être :

- Physique : douleurs, blessures, maladies
- Mentale : angoisse, dégradation, humiliation....

4.3- Il est infligé avec un **OBJECTIF PRÉCIS :**

- D'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux ;
- De la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis ;
- D'intimider ou de faire pression sur elle ou sur une tierce personne ;
- Pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit ;
- Autre : humiliation, dégradation....

4.4- L'AUTEUR OU L'EXÉCUTEUR :

Cet acte est infligé par un **agent de l'Etat (agent fonctionnaire ou assimilé)** ou une autre personne agissant dans le cadre d'une fonction officielle ou bien cet acte est perpétré à l'instigation (sur ordre), avec le consentement ou l'assentiment d'un agent de l'Etat.

La torture infligée par les membres des groupes armés lors des conflits est soumise aux lois de la guerre (conventions de Genève) qui interdisent toute forme de torture. Les groupes armés sont donc toujours responsables de tous les actes de torture commis par leurs forces.

5- LES MOYENS ET MÉTHODES DE LA TORTURE

La torture est une technique et s'applique avec méthode. Elle n'est pas (le plus souvent) l'expression d'une pathologie psychiatrique chez le tortionnaire. Ces techniques comprennent des pressions physiques, psychologiques et sociales.

Il existe plusieurs moyens et méthodes de torture et sont souvent associées entre elles. On peut les classer en deux groupes :

- Torture physique tels les coups, les suffocations...
- Torture psychologique tel l'induction de peur panique, d'angoisse extrême et de culpabilité ou les menaces de mort.

5.1- LA TORTURE PHYSIQUE :





5.1.1- LES COUPS :

Les coups sont infligés par un large éventail de moyens allant du tabassage par des coups de poings et de pieds, de matraque, de ceinturon, de tube de plastique, chicote, à des méthodes plus "sophistiquées", comme des coups répétés sur la plante des pieds (falaka), sur les mains, sur les crêtes tibiales, gifles sur les oreilles (teléfono).


Les coups représentaient la méthode de torture la plus utilisée partout dans le monde.

Cette méthode est sans doute la plus facile à utiliser étant donné le fait qu'elle peut être infligée par de simples coups de



poings ou de pieds ou encore par l'utilisation de n'importe quel objet contondant que le tortionnaire trouve sous la main. Cependant, il existe des méthodes d'infliction de coups spécifiques à certains pays, ou certaines cultures.

Type de coups	Mécanisme	Lésions provoquées	Schéma
Falanga ou falaka ou bastinado	Des coups répétés sur la voûte plantaire.	Une inflammation locale et une douleur exquise immédiate. Des lésions non spécifiques hypo chromiques	 Falanga
Armes naturelles: Gifles, coups de pieds, coups de poings, griffures	Des coups directs à n'importe quelle partie du corps	Lésions de la peau à type d'écorchures, ecchymoses ou hématomes.	 Coups directs
Coups de matraque, fouet, crosse d'une arme à feu, bâton	Les coups infligés par des objets contondants	Nombreuses lésions à types d'hématomes, d'écorchures et de plaies suite à ce genre d'agression	 Coups de matraque
Le Téléphone	Des coups violents sur les oreilles simultanément par les deux paumes de mains	Une rupture tympanique. Des fractures de la chaîne des osselets ou de l'os temporal.	 Coups sur les oreilles

5.1.2- LES CHOCS ÉLECTRIQUES

Mécanisme	Lésions provoquées	Schéma
Par mégots de cigarette ou cigare, brandon (débris enflammé de matière quelconque), Pièce ou objet métallique (ustensile de cuisine) portés au rouge, Aspersion de liquide bouillant ou corrosif.	Les brûlures de cigarettes laissent des macules circulaires ovoïdes ou rondes de 5 à 10 mm de diamètre. Les cicatrices présentent un centre hyper ou hypo pigmenté et une périphérie hyper pigmentée avec des contours plus ou moins flous.	 Brûlure par mégot de cigarette

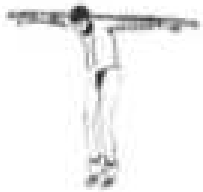





5.1.4- LES MÉTHODES DE SUFFOCATION

Mécanisme	Lésions provoquées	Schéma
- La version sèche : Introduction de la tête dans un sac en plastique, bouche et nez obstrués par des chiffons, ou encore contraindre la victime à inhaler des poussières et du ciment	Des pétéchies, Une hémorragie sous conjonctivale, Une épistaxis Une congestion faciale, Des ecchymoses cervicales	 Suffocation sèche
- La version humide, dite « sub-marino » : Ingestion forcée de liquide ne permettant plus de respirer, constriction du thorax par des bandages ou linges mouillés qui rétrécissent en séchant, immerger la tête de la victime dans de l'eau pouvant être souillée.	Pneumopathie infectieuse suite à l'inhalation d'eau dans les voies aériennes. Une anoxie grave. La perte de connaissance et les crises comitiales peuvent s'en suivre. Suffocation répétée : un déficit cognitif définitif, des troubles mnésiques voir un état végétatif définitif, décès.	 Suffocation humide sub-marino

5.1.5- LES POSITIONS ANTI-PHYSIOLOGIQUES

a- mécanisme :

Les positions anti-physiologiques sont une des méthodes de torture qui laissent le moins de signes visibles. Elles vont de l'obligation à garder la même position pendant de longues heures : debout, sur un pied, ou accroupi, sans pouvoir ne se reposer ni de dormir, aux différentes formes de suspensions :

<p>- Suspension en « croix » :</p> <p>Les bras sont écartés et attachés à une barre horizontale.</p>	
<p>- Suspension du « boucher » :</p> <p>Les mains sont attachées au-dessus de la tête, soit ensemble, soit séparément.</p>	
<p>- Suspension du « boucher renversé » :</p> <p>La victime est suspendue par les pieds, la tête en bas.</p>	
<p>- Suspension « palestinienne » :</p> <p>La victime est suspendue les avant-bras liés ensemble derrière le dos et fixés à une barre horizontale, les coudes formant un angle droit.</p> <p>Autre variante : la victime est suspendue à une corde attachée autour des coudes ou des poignets, les bras derrière le dos.</p>	
<p>- Suspension du « perchoir ».</p> <p>La victime est accrochée par le pli interne des genoux à une barre horizontale, les poignets étant généralement attachés aux chevilles.</p> <p>Le « poulet rôti » : version modifiée du perchoir (très connue en Tunisie) où la victime est suspendue entre deux tables par une barre passant derrière les deux creux poplités avec les mains ligotés devant ses deux genoux.</p>	
<p>- La position du « Scorpion » :</p> <p>Consiste à ligoter les mains derrière le dos et ligotage des deux chevilles.</p>	

b- Types de lésions observées

La suspension peut entraîner des dommages neurologiques par deux mécanismes :

- Une compression nerveuse directe (lors de la suspension par les poignets ou par les chevilles)
- Des lésions axonales (par les forces de traction exercées)

La suspension dite « palestinienne » peut entraîner rapidement des lésions permanentes du plexus brachial.

La suspension « du perchoir » peut provoquer des déchirures des ligaments croisés des genoux.

5.2- LA TORTURE SEXUELLE :

La torture sexuelle est connue pour être utilisée essentiellement au Moyen Orient, en Afrique du nord et en Amérique latine. La pudeur sexuelle voilant ce tabou est pour beaucoup dans la répartition géographique de ce genre d'abus.

5.2-1- LES MOYENS DES SÉVICES SEXUELS

- **La nudité forcée** : tout acte engendrant un sentiment de nudité des victimes y compris le retrait du voile d'une femme voilée. Par son caractère humiliant et par la privation d'intimité, revêt un caractère d'atteinte psychologique et physique immédiate et certaine. Ainsi, les bourreaux en privant la personne de toute spécificité, pourront plus facilement arriver à leurs fins.
- **Les pénétrations sexuelles** : le rapport vaginal, la sodomie, l'introduction d'objet dans les orifices naturels (bouteille...), rapports forcés entre détenus...
- **Les traumatismes sexuels** : les coups directs, la torsion, la ligature des organes génitaux externes, mutilations, brûlures par des mégots de cigarettes...
- **Les attouchements** : surtout pour les femmes, sont toujours traumatisants et doivent être systématiquement tenus comme des actes de torture.
- **Etre témoin d'une agression sexuelle d'autrui** : d'un détenu, un membre de la famille ou d'un inconnu.
- **Les agressions verbales** : les menaces, moqueries et autres agressions verbales à connotation sexuelle accentuant l'humiliation.

5.2-2- LES LÉSIONS OBSERVÉES

- Lésions génitales : déchirures hyménales, ecchymoses vulvaires, plaies génitales, fissures anales, brûlures, mutilations....
- Le risque de transmission de maladies vénériennes.
- Le développement de grossesse. Les conséquences d'un accouchement ou d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses. Les complications les plus fréquentes sont un avortement incomplet, des sepsis, des hémorragies et des lésions intra-abdominales, comme une perforation ou une déchirure de l'utérus.

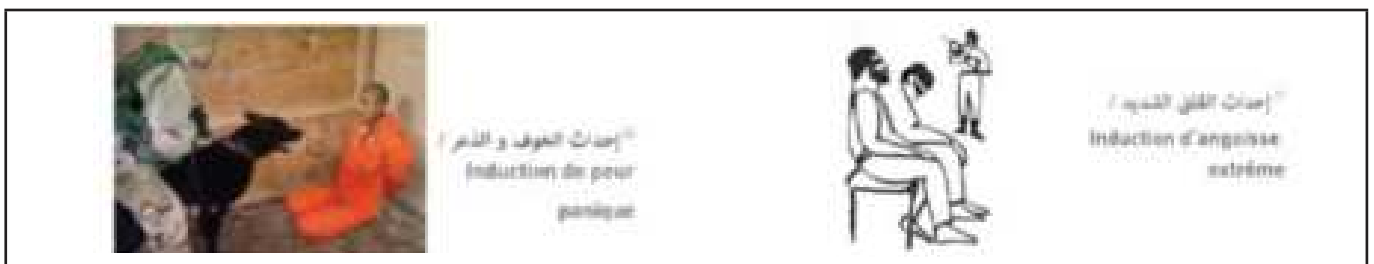
L'absence de lésions génitales ne remet pas en cause la véracité des sévices sexuels. En effet, suite à un viol, les lésions génitales ne sont retrouvées que dans 50% des cas, ces chiffres sont de 30% concernant la sodomie.

5.3- LA TORTURE PSYCHOLOGIQUE :

Appelée aussi la torture mentale, propre ou blanche.

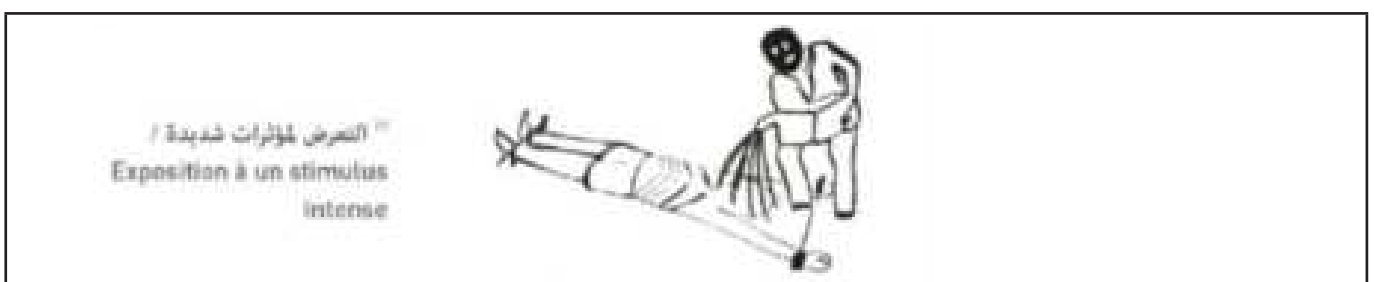
5.3-1- L'INDUCTION DE PEUR PANIQUE, D'ANGOISSE EXTRÊME ET DE CULPABILITÉ

C'est une méthode qui englobe les simulacres d'exécution, le voisinage d'animaux tels que serpents, scorpions ou chiens, la torture ou menaces de torture de proches, l'obligation d'assister aux tortures d'autrui, voire d'y participer, le reniement de valeurs considérées comme sacrées.



5.3-2- L'EXPOSITION À DES STIMULI INTENSES

Dans cette méthode de torture on retrouve l'exposition à un bruit assourdissant, à une lumière aveuglante, à un froid ou une chaleur extrême, à la privation de toute nourriture et boissons ou à la distribution de nourriture immangeable (trop salée, présence de sable, verre, souillée, y compris par de l'urine ou des matières fécales).



5.3.3-PRIVATION DE TOUT STIMULUS OU TORTURE BLANCHE

Cette méthode implique le maintien de la victime les yeux bandés, les oreilles bouchées, portant une combinaison avec cagoule et maintenue dans un état de sub-asphyxie.

L'isolement strict, prolongé, sans aucun échange avec quiconque est l'une des formes de torture qui cause le plus de dégâts psychologiques.

En ce qui concerne l'audition, couper une personne de tout environnement sonore pour la plonger dans le silence total n'est plus utilisé parce qu'il est beaucoup plus simple de la soumettre à un bombardement de sons.



6- LES SÉQUELLES DE LA TORTURE

6.1- LES SÉQUELLES PHYSIQUES

Les séquelles physiques sont représentées essentiellement par les atteintes de l'appareil locomoteur et les syndromes douloureux chroniques. Les séquelles trop marquées sont rares. En effet les tortionnaires semblent s'appliquer à ne plus laisser de traces.

6.1.1- LES SÉQUELLES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (MUSCULO-SQUELETTIQUES)

Qui touchent principalement la ceinture scapulaire et le pelvis, avec des lésions tendineuses et ligamentaires, des déchirures musculaires, des arrachements ligamentaires, des fractures osseuses ou rachidiennes. On peut observer :

- Une augmentation du tonus musculaire
- Des points douloureux et des points gâchettes, en particulier dans les muscles du cou et de la ceinture scapulaire, les muscles du bas du dos et de la ceinture pelvienne et les muscles des extrémités inférieures ; des tendinites autour de l'articulation scapulo-humérale, du coude, du genou et de l'articulation tibio-tarsienne
- Une sensibilité et une limitation de l'amplitude de mouvements au niveau des articulations périphériques, de la colonne cervicale et de la colonne lombaire
- Une sensibilité au niveau de la plante des pieds et des mollets avec l'adoption d'une démarche compensatrice et réduction du périmètre de marche.
- Des déformations des membres avec une boiterie à la marche, un raccourcissement d'un membre, un cal vicieux...
- Des séquelles de fractures osseuses du nez, mâchoires, côtes...
- Des troubles de la statique rachidienne, des lombosciatalgies, des hernies discales...
- Des atteintes du plexus brachial surtout en rapport avec les positions anti-physiologiques avec des douleurs, paresthésies, troubles de la sensibilité, diminution de la force musculaire....

6.1.2- LES SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES

Les plaintes douloureuses représentent une composante importante dans le récit de torture. Elles sont représentées par les céphalées, les douleurs articulaires, douleurs au dos, douleurs abdominales, douleurs aux yeux, au nez et à la bouche...

Il est difficile d'affirmer avec certitude, l'imputabilité d'une douleur quelconque à une forme de torture quelle qu'elle soit. Cependant, des relations ont été retrouvées entre :

- Les douleurs de la tête, dos, yeux, nez, bouche et la suffocation,
- Les douleurs abdomino-pelviennes et les sévices sexuels chez les femmes,
- Les douleurs anales et la sodomie,
- Les douleurs articulaires, les céphalées et les positions anti-physiologiques,

6.1.3- LES SÉQUELLES CUTANÉES

Représentées par :

- Les cicatrices cutanées (des cicatrices linéaires et asymétriques sont évocatrices de lésions provoquées par une tierce personne : coups de bâton, matraque, flagellation)
- Des cicatrices linéaires s'étendant de manière circulaire autour du bras ou de la jambe, avec parfois une alopecie cicatricielle (évoquant un ligotage ou un lien serré)
- Des cicatrices des brûlures de cigarettes (sous forme de macules circulaires de 5 à 10 mm de long caractérisées par un centre dépigmenté et une périphérie hyperpigmentée aux contours relativement flous)
- Des zones de dépigmentations linéaires, symétriques et atrophiques localisées au niveau du dos et des régions axillaires
- Les tatouages humiliants
- Des maladies cutanées (urticaire, psoriasis, lichen plan)

6.1.4- LES SÉQUELLES CARDIOPULMONAIRES

Dues aux conditions de détention (cellules froides et humides), aux méthodes de torture (submarino, chocs électriques...) :

- Des bronchites chroniques, irritation bronchique
- Tuberculose et pneumopathies infectieuses
- Des angines de poitrines
- Des troubles du rythme cardiaque (tachycardies, palpitations...)

6.1.5- LES SÉQUELLES GASTRO-INTESTINALES

Représentées essentiellement par l'ulcère gastroduodénal voire une hémorragie digestive secondaires à un stress extrême. Des troubles du transit (diarrhées, vomissement, constipation) peuvent aussi s'observer

6.1.6- LES SÉQUELLES URO-GÉNITALES

Liées aux conditions d'hygiène précaires, aux violences sexuelles, état de grossesse...

On peut observer des hématuries, des hémoglobinuries (dus à l'hémolyse après des coups sur les pieds). La myoglobiurie est une conséquence de la rhabdomyolyse, une destruction des tissus musculaires, qui peut être provoquée par des coups ou par une torture électrique. Elle pourrait être la cause d'une insuffisance rénale aiguë ou chronique.

La dysurie, souvent présente chez les victimes de torture, est probablement causée par les instruments de torture ou par le froid et le manque d'hygiène.

Les femmes victimes de violences sexuelles peuvent présenter des saignements vaginaux, d'une baisse de désir sexuel, d'irritations dans la zone génitale, de douleurs pendant les rapports sexuels et d'infections urinaires.

6.1.7- LES SÉQUELLES OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

Le « téléphone » peut constituer un vrai traumatisme sonore avec des lésions tympaniques ou de la chaîne des osselets et pourrait être à l'origine de surdités neurosensorielles définitives (surtout pour les hautes fréquences) avec des acouphènes.

6.2- LES SÉQUELLES PSYCHOLOGIQUES :

Sont quasi-constantes chez les victimes et représentées par :

6.2.1- L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE OU PTSD

L'état de stress post traumatique était la composante la plus représentative des séquelles psychologiques.

La définition de l'état de stress post-traumatique que donne la classification DSM-V repose essentiellement sur la présence de :

- Troubles du mémoire associé à un traumatisme,
- Reviviscences envahissantes, cauchemars,
- Inaptitude à se remémorer des aspects importants du traumatisme. Ainsi, un individu pourra être incapable de se rappeler avec précision certains détails des séances de torture, mais se souvenir des aspects les plus marquants de son expérience.

L'état de stress post-traumatique serait vécu comme la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

6.2.2- LA DÉPRESSION

Selon le DSM-V un diagnostic d'épisode dépressif grave ne peut être posé que si cinq au moins des symptômes ci-après (dont le symptôme 1 ou 2) sont observés sur une période de deux semaines et s'ils représentent un changement par rapport à l'état antérieur du patient :

- 1) humeur dépressive ;

- 2) épuisement marqué de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités ;
- 3) perte de poids ou modification de l'appétit ;
- 4) insomnie ou hypersomnie ;
- 5) agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- 6) fatigue et manque d'énergie ;
- 7) sentiments d'inutilité ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;
- 8) difficulté à fixer son attention ou à se concentrer ;
- 9) idées récurrentes de mort ou de suicide.

Pour poser ce diagnostic, il faut encore que les symptômes causent une détresse significative ou qu'ils altèrent la vie sociale ou professionnelle, qu'ils n'aient pas une origine physiologique et qu'ils ne s'expliquent pas par un autre diagnostic.

6.2.3- LES TROUBLES ANXIEUX

La caractéristique essentielle de l'Anxiété généralisée est une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois et concernant plusieurs événements ou activités (Critère A). Le sujet éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations (Critère B). L'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois symptômes supplémentaires parmi une liste qui comprend agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil.

7- LE RÔLE DU MÉDECIN

Le médecin joue un rôle important dans le traitement et la réhabilitation des victimes de la torture, mais aussi dans la prévention de la torture ; ceci à travers son rôle dans les enquêtes et l'établissement de rapports sur les allégations de torture, ainsi que dans les procédures juridiques qui en découlent.

Le **protocole d'Istanbul**, adopté par le haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme le 09 août 1999, représente un outil de référence permettant de documenter de manière structurée et précise les séquelles physiques et évaluer leur degré de concordance avec les allégations de la victime.

7.1- L'ENTRETIEN

L'entretien du médecin avec une personne victime de torture ou soupçonnée l'être doit être fait sur demande officielle et écrite de l'autorité judiciaire chargée de l'enquête (réquisition du procureur de la république).

Les conditions de l'entretien doivent obéir aux règles suivantes :

- **Respect de l'intimité** : Les examens doivent avoir lieu en privé sous le contrôle du clinicien. Cette intimité est nécessaire pour aborder des questions embarrassantes pour la victime. Si, pour une raison ou une autre, des policiers, soldats, employés de l'administration pénitentiaire ou autres fonctionnaires chargés de l'application de la loi sont présents dans la salle d'examen, cela devra être mentionné dans le rapport officiel du clinicien. Leur présence pendant l'examen pourra constituer un motif de réfutation d'un rapport médical négatif.

- **Garantir la sécurité** : L'examineur doit veiller à prendre toutes les précautions nécessaires pour ne pas mettre la victime en danger ou l'exposer à des représailles. Dans certaines situations, il ne faut pas perdre de vue la possibilité que la victime soit toujours l'objet de persécutions ou autres formes d'oppression. La décision de poser ou non certaines questions dépendra de la mesure dans laquelle la confidentialité et la sécurité peuvent être garanties. Eu égard à cette possibilité, il est parfois préférable de s'abstenir de poser des questions touchant à des activités illégales.

- **Instaurer une relation de confiance** : La création d'un climat de confiance est fondamentale et nécessite de faire preuve d'une écoute active, de rigueur dans la communication, de courtoisie, d'une empathie sincère et d'honnêteté. Les médecins intervenant dans des enquêtes sur la torture ou les mauvais traitements doivent satisfaire en tout temps aux normes éthiques les plus exigeantes et, en particulier, obtenir un consentement éclairé avant de procéder à tout examen.

- **La confidentialité et le consentement en connaissance de cause** : la victime devrait être clairement informée des limites de la confidentialité de l'évaluation et de toute obligation juridique pouvant contraindre le clinicien à divulguer les informations recueillies lors de l'entretien et de l'examen médical réalisé au début de l'entretien. Les cliniciens doivent s'assurer que le consentement donné est basé sur une réelle compréhension des bénéfices potentiels et des conséquences négatives éventuelles de l'évaluation. Le consentement est donné librement, sans y être contraint par d'autres personnes.

- **L'objectivité et l'empathie** : Une évaluation médicale à des fins juridiques doit être conduite avec objectivité et impartialité. L'objectivité et l'impartialité n'empêchent pas de faire preuve d'empathie. En ce sens, il est essentiel de ne pas franchir les limites professionnelles. Le clinicien doit faire preuve de sensibilité dans la formulation de ses questions et être attentif à tout signe de fatigue ou de détresse. Le clinicien doit se présenter comme un allié et soutenir la victime, sans la juger.

- **Risque de re-traumatisation et nécessité d'obtenir des informations suffisantes et appropriées** : Les examens physiques et psychologiques comportent le risque, de par leur nature, de faire subir un nouveau traumatisme au sujet et de provoquer et/ou exacerber une détresse et des symptômes psychologiques en sollicitant des souvenirs et des impressions douloureuses. L'entretien doit être structuré de façon à minimiser le risque de re-traumatisation pour la victime.

- **Dilemmes résultant des doubles obligations** : Des dilemmes peuvent se présenter lorsque l'éthique et la loi sont en contradiction. Dans certaines circonstances, les obligations morales des professionnels de la santé peuvent les amener à enfreindre une loi particulière, comme l'obligation légale de révéler des informations médicales confidentielles. Quelles que soient les conditions de leur emploi, tous les professionnels de la santé ont en commun le devoir fondamental de veiller au bien-être des personnes qu'ils sont appelés à examiner ou à soigner.

7.2- DOCUMENTATION DE LA TORTURE

Une bonne documentation de la torture est aujourd'hui le seul garant de l'éradication de celle-ci. Elle aurait pour but de :

1. Fournir une compréhension détaillée du cas afin de permettre une prise en charge appropriée et une réadaptation adéquate dans un centre spécialisé.
2. Un rapport produit dans des délais courts par rapport aux événements de torture permet non seulement de remédier plus vite aux conséquences physiques et psychiques de celle-ci mais aussi de pouvoir à tout moment recourir à ce document comme preuve factuelle des événements dans une procédure juridique. C'est pourquoi tout professionnel de la santé doit, devant ce genre spécial de patients, avoir un document lui permettant de garantir un recueil de données rapide et efficace.
3. La production d'un rapport médico-légal pour soumission à une autorité judiciaire ou administrative
4. La documentation des schémas d'abus de par le monde pour les tribunaux, les ONG et les mécanismes intergouvernementaux
5. La documentation médicale peut ne pas nécessairement conduire à un rapport médico-légal mais les constatations médicales peuvent être utilisées de manière plus générale à l'appui des allégations de torture et de mauvais traitements.
6. Une preuve médicale est l'un des nombreux types de justifications données aux allégations de torture et autres mauvais traitements, et sera souvent utilisée en conjonction avec d'autres formes de preuves.

Ce qu'une preuve médicale peut généralement faire c'est de démontrer que les blessures ou d'autres résultats cliniques enregistrés sur le survivant présumé sont conformes ou fortement en accord avec la torture décrite. Là où il y a une combinaison de preuves physiques et psychologiques compatibles avec une allégation, cela va renforcer la valeur globale de la preuve médicale.

Lors de l'obtention des preuves médicales, il est important d'être conscient de la différence entre thérapeutique (traitement des symptômes d'un patient) et médecine légale (juridique). L'objectif de la médecine légale est d'aider les tribunaux et autres autorités compétentes en matière médico-légales, par exemple, en établissant les causes et les origines de blessures.

Parfois, les deux fonctions thérapeutiques et médico-légales sont effectuées par les mêmes professionnels de la santé, mais, lorsque cela est possible, elles doivent être séparées pour éviter un éventuel conflit entre les deux rôles. A défaut, le risque de conflit devrait être reconnu et discuté par l'évaluateur clinique.

Dans tous les cas, en plus de la preuve médicale et de l'information, les détails non médicaux suivants doivent être considérés comme une information utile et souvent indispensable quel que soit le but de la documentation :

1. Identité de la victime : Cela devrait inclure le nom complet, le sexe, l'âge, la profession et l'adresse. Les informations utiles supplémentaires seraient une description de l'apparence, une photographie, et tous les documents pertinents qui peuvent exister sur l'individu, tels que les dossiers médicaux d'avant le prétendu abus.

2. Identité des auteurs : Cela pourrait inclure l'identification d'un individu ou des individus en particulier. En cas de doute, une description des uniformes, des véhicules, des armes ou des caractéristiques d'identification aidera à la détermination des bourreaux.

3. Description de la raison qui a mis la victime entre les mains des tortionnaires : Cela devrait inclure si la personne a été officiellement arrêtée, pour quelle raison, l'heure et la date de l'arrestation, et s'il y avait eu usage de la violence ou de contrainte.

4. Description de l'endroit où l'abus a eu lieu : Cela peut avoir été une prison, un centre de détention de la police, une installation militaire, ou toute autre institution ou l'emplacement. Une description des conditions dans lesquelles l'abus a eu lieu, y compris la taille, le contenu de la pièce, l'éclairage, l'hygiène, la présence des autres, et l'accès à des avocats, des visiteurs et des soins médicaux sont des informations capitales lors du recueil des données.

5. Description de la forme des abus : Où s'est-elle produite ? Qu'est-il arrivé ? Quand ? Par qui ? À quelle fréquence ? Combien de temps cela a-t-il duré ? Une description détaillée de ce qui se passait exactement, et à quelle fréquence est nécessaire. La présence de personnes dans la salle d'examen doit être mentionnée. Les instruments utilisés doivent être

notés. Si la victime présumée a reçu des soins médicaux, ou si celle-ci les a demandés et la demande a été refusée, directement avant, pendant, ou après l'abus, tout cela doit être détaillé.

6. Témoins possibles. Y avait-il d'autres personnes présentes au moment de l'abus. Qui étaient-elles? Quel était leur rôle (par exemple, d'autres détenus)

7.3- TRAITEMENT ET RÉHABILITATION

La réhabilitation des survivants de la torture nécessite une prise en charge multidisciplinaire bio-psycho-sociale. Elle implique une assistance médicale, paramédicale, sociale et juridique.

La victime est souvent atteinte aussi bien physiquement que psychologiquement et souhaite dans quelques cas porter plainte, ou avoir des dédommagements.

Mais la ligne directrice de la réhabilitation de ces survivants est leur réintégration dans la société civile avec le moins de séquelles handicapantes possibles.

Pour bien entourer ce genre de patients, le médecin doit d'abord comprendre leurs besoins.

7.3.1 LA PRISE EN CHARGE PHYSIQUE

Elle nécessite un examen médical minutieux orienté par les plaintes du patient.

Parfois un recours à un médecin spécialiste est indispensable. C'est pourquoi, des conventions, ou du moins des accords entre les centres de réhabilitation et les médecins spécialistes prêts à prendre en charge ce genre de victime devraient se faire.

Des séances de kinésithérapie sont parfois nécessaires pour permettre à la victime de retrouver certaines fonctions. C'est le cas notamment des victimes ayant subi des positions anti-physiologiques ou la falanga.

A un stade précoce, le pansement des plaies et le repos physique sont souvent conseillés. La physiothérapie est ensuite de mise.

7.3.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Dans le discours du patient, complexe car issu d'une expérience indicible d'horreur et de terreur, le médecin doit pouvoir déceler les troubles afin d'entreprendre la prise en charge médicale adaptée. Il doit également veiller à restaurer les liens de la victime avec son environnement social, professionnel et familial sans lesquels l'efficacité des soins resterait sans doute limitée. Mais le médecin est peu préparé à ce type de situations.

Comme le signalait Paul Ricoeur dans l'interdit de la torture en procès, "La victime de torture a honte de faire l'aveu non pas seulement de sa peur, de ses cris de ses supplications, mais de cela même dont elle a souffert ...".

La prise en charge psychologique des survivants de la torture commence par l'identification de leurs problèmes et la confirmation de l'existence effective de séquelles psychologiques.

L'approche du survivant est souvent peu aisée. Les rescapés de la torture ont ce bouclier complexe empreint de honte, de culpabilité et de douleur qui rend ardue leur analyse.

La première étape serait donc de mettre en confiance le patient pour qu'il commence à se livrer progressivement.

Un certain nombre de tests suscitant une réponse systématique permettent de prime abord de faire un diagnostic préliminaire sans transgresser réellement ce bouclier.

Parmi ces tests il y a le HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) pour dépister l'anxiété et la dépression.

L'utilisation de tests comme le MoCA (Montreal Cognitive assessment) ou le HSCI-25 (The Hopkins Symptom Checklist-25) et le HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) a plusieurs avantages dont la garantie d'une empreinte objective à l'évaluation psychologique des victimes. Elle permet aussi de ne pas passer à côté de détails subtils quand les entretiens s'enchaînent et que le sens de la réparti du praticien est mis à l'épreuve.

8- CONCLUSION

La torture est un processus de déshumanisation. Elle a pour objectif la destruction de la dignité et de l'intégrité physique, psychologique et sociale de la victime. Elle atteint la confiance de base de la victime (confiance en soi-même, confiance dans les autres, confiance dans l'existence).

Les professionnels de la santé doivent aujourd'hui réaliser la nécessité d'une plus ample implication dans l'éradication de ce fléau par une connaissance plus approfondie des méthodes de torture et une formation pointue dans le recueil des séquelles imputables aux sévices.

DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DES SEVICES A ENFANTS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Identifier à l'examen d'un enfant les signes en faveur de sévices.
- Distinguer les signes de sévices à enfants des lésions pathologiques d'origine médicale.
- Décrire les mesures de protection sociale et judiciaire de l'enfant en danger
- Adopter une stratégie médico-légale adéquate en cas de suspicion de sévices à enfants

PLAN

1. Introduction

2. Définition

3. Facteurs de risque

- 3.1. Facteurs liés aux victimes
- 3.2. Facteurs liés aux bourreaux
- 3.3. Environnement socioculturel

4. Diagnostic positif :

TDD : Syndrome de SILVERMAN-TARDIEU

- 4.1. Interrogatoire
- 4.2. Examen Clinique
- 4.3. Examens complémentaires

5. Formes cliniques

- 5.1. Syndrome du bébé secoué
- 5.2. Syndrome de Münchhausen par procuration
- 5.3. Abus sexuels
- 5.4. Carences et négligences
- 5.5. Sévices psychologiques (Cruauté mentale)

6. Diagnostic différentiel

7. Mesures de protection de l'enfant en danger

- 7.1. Enfant en danger
- 7.2. Signalement de l'enfant maltraité
- 7.3. Protection sociale
- 7.4. Protection judiciaire

8. Rôle du médecin

9. Conclusion

1. INTRODUCTION

L'article 3 du Code de Protection de l'Enfant (CPE) promulgué par la loi n° 95-92 du 9 novembre 1995 stipule que « est enfant, 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 ».

L'enfant est une personne vulnérable du point de vue physique et psychique. De ce fait, il peut être victime de violences physiques, psychologiques ou de négligence et dont les conséquences peuvent être graves voire mortelles.

Les sévices à enfants constituent un grave problème social et de santé publique. Ce problème touche les enfants de tout âge et dans tous les milieux. Il s'agit d'un phénomène fréquent, mais qui n'est pas toujours déclaré. En 2015, 8722 concernant 8507 enfants ont été déclarés victimes de sévices en Tunisie. Dans 43,8 % il s'agit de négligences graves, 32,7 % de violences psychiques, 14,8 % de violences physiques et 6.5 % de sévices sexuels.

Dans ce cadre, le médecin occupe un rôle primordial et il peut intervenir dans différentes étapes à savoir : le dépistage, le diagnostic qui est souvent difficile, le signalement, la prise en charge qui doit être multidisciplinaire et la prévention.

Le médecin se doit d'être sensibilisé au problème pour mieux le diagnostiquer devant une symptomatologie physique ou psychologique diverse et peu spécifique. En cas de maltraitance à enfant avérée ou suspectée, le praticien, pour protéger l'enfant, a pour devoir d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

2. DÉFINITION

En Tunisie, la loi n° 95-92 du 9 novembre 1995 portant promulgation du code de protection de l'enfant a défini dans son article 24 les mauvais traitements habituels comme étant « la soumission de l'enfant à la torture, à des violations répétées de son intégrité physique, ou sa détention, ou l'habitude de le priver de nourriture, ou de commettre tout acte de brutalité qui est susceptible d'affecter l'équilibre affectif ou psychologique de l'enfant ».

Cette notion de sévices à enfants recouvre quatre catégories de faits.

Il s'agit effectivement :

- soit de **violences physiques volontaires et à caractère excessif** (c'est-à-dire dépassant manifestement l'exercice normal du droit parental de correction légitime);
- soit de **sévices sexuels**;
- soit des **violences psychiques**;
- soit de **négligences graves** préjudiciables au développement physique ou moral de l'enfant.

3. FACTEURS DE RISQUE

3.1. FACTEURS LIÉS AUX VICTIMES

Ce sont habituellement des enfants jeunes, de moins de 3 ans, plus souvent des garçons. Il s'agit de cas « d'enfants cibles » dont les membres de la fratrie sont normalement traités. Les motifs de cette agression élective sont parfois facilement retrouvés : enfant adultérin, enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou intellectuel, enfant né prématurément ou non désiré, difficile à élever et pour lequel la mère vit un sentiment d'échec et de culpabilité; enfant séparé dès la naissance par un séjour en centre spécialisé, séparé longtemps ou à plusieurs reprises de son milieu familial à la suite de placements en nourrice ou en collectivité. Le retour de l'enfant dans sa famille s'accompagne toujours de troubles du comportement : anorexie, énurésie, trouble du sommeil, hostilité, manifestations auxquels les parents répondent par une incompréhension qui peut prendre le masque d'un rejet ou de manifestations agressives.

3.2. FACTEURS LIÉS AUX BOURREAUX

Ce sont souvent les parents dans 90 % des cas, les nourrices ou un membre de la fratrie.

On retrouve fréquemment chez ces parents des conditions gravement perturbantes dans leur propre enfance (carence massive, dissociation familiale, placements institutionnels). Ils ont été eux-mêmes l'objet de mauvais traitement « **pseudo-hérédité de la maltraitance** », voire de séquelles physiques, et sont incapables d'avoir une relation satisfaisante avec leur propre enfant.

On relève souvent dans le comportement des parents à l'égard de leurs enfants, certains traits caractéristiques : l'inaffectivité, l'intolérance à la frustration, l'incapacité de supporter les servitudes occasionnées par la présence de leur enfant ou à percevoir les besoins de celui-ci.

La notion du jeune âge de la mère et le faible niveau d'éducation sont retrouvés fréquemment.

Les parents maltraitants sont rarement des malades mentaux caractérisés (schizophrènes), mais la débilité mentale est fréquemment évoquée.

3.3. ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL

La majorité des enfants appartiennent à des milieux socioéconomiques défavorisés (chômage, surpeuplement, isolement, faible niveau d'éducation) où les situations familiales complexes sont fréquemment retrouvées (mères célibataires, concubinages successifs, avec enfants de plusieurs lits, placements multiples des enfants en institution ou chez des nourrices clandestines de mauvaise qualité).

Ainsi, le surpeuplement abaisse le « seuil de tolérance » à l'encontre des manifestations d'activité ou d'agitation d'un enfant qui, dans un autre cadre de vie, seraient considérées comme tolérables.

L'alcoolisme est fréquemment retrouvé : intoxication occasionnelle responsable d'acte impulsif incontrôlé, mais qui peut se reproduire, ou intoxication chronique responsable de négligence ou d'abandon de l'enfant.

Enfin, dans certains groupes ethniques ou sociaux, la sévérité des châtiments corporels fait partie des normes culturelles et n'implique pas nécessairement un rejet affectif.

Certaines périodes ou situations sont considérées comme à risques dans le cycle de la vie familiale : modification du statut matrimonial, survenue d'une grossesse ou d'une naissance non désirée, changement de domicile, retour en famille d'un ou plusieurs enfants placés, déménagement, perte d'emploi, problème psychiatrique aigu.

4. DIAGNOSTIC POSITIF : TDD : SYNDROME DE SILVERMAN-TARDIEU

Le syndrome de Silverman-Tardieu ou le syndrome des **enfants battus** regroupe l'ensemble de manifestations résultant de violences physiques infligées sur un enfant qui sont à l'origine, essentiellement, de fractures osseuses multiples et de lésions d'âges différents.

4.1. INTERROGATOIRE

Dès l'interrogatoire, l'attention du médecin peut être attirée par un comportement suspect de l'entourage :

- **Le retard** entre le moment de l'apparition des blessures et le moment de la consultation d'un médecin. Les parents invoquent n'importe quel motif : charge de travail, fratrie nombreuse, découverte tardive des lésions...
- **La tendance des auteurs** de sévices à présenter l'enfant à des médecins différents pour égarer les soupçons.

4.2. EXAMEN CLINIQUE

Les lésions traumatiques sont multiples et diffuses sur tout le corps.

Le diagnostic clinique de l'enfant battu repose sur les éléments suivants :

- **La multiplicité des lésions** : toutes les variétés de lésions médico-légales peuvent être observées depuis les ecchymoses, les plaies et les brûlures en passant par les fractures du crâne ou des os longs. Les lésions les plus fréquentes et les plus évocatrices sont les lésions d'alopécie (par arrachement brutal et répété des cheveux), les brûlures thermiques (notamment par des mégots de cigarettes) et électriques, les ecchymoses reproduisant des formes particulières (doigts, ceintures, bâton, tuyau...) et les traces de morsures;

- **La présence de lésions d'âges différents** témoignant du caractère répété des agressions avec des « ecchymoses en carte de géographie », ayant des colorations successives (les plus récentes étant de couleur rouge et les plus anciennes passent successivement, au bleu, au vert, au jaune) qui permettent une datation rétrospective des traumatismes;

- **Les localisations préférentielles** : les lésions traumatiques sont regroupées à l'extrémité céphalique (cuir chevelu, visage), bouche (ouverture forcée de la bouche), aux membres supérieurs (lésions de prise ou de défense au niveau des bras et des mains), aux régions fessières et au niveau des pieds notamment les plantes;

- **La discordance entre les constatations cliniques** souvent graves (brûlures étendues, plaies profondes, fractures multiples des membres...) et les déclarations des parents inadéquates parce que tendant à minimiser les faits traumatiques et même parfois contradictoires ou invraisemblables en essayant de rattacher les lésions à des chutes accidentelles;

- Un autre argument en faveur du diagnostic de l'enfant battu est **l'évolution de l'état de l'enfant** marquée par le contraste entre l'amélioration de l'état de l'enfant lors du séjour à l'hôpital et les rechutes dès le retour dans le milieu familial. Ce constat est observé a posteriori lors des périodes de prises en charge ou après des hospitalisations différentes.

L'examen clinique peut, aussi, mettre en évidence un mauvais état d'hygiène avec une négligence vestimentaire, un état de dénutrition avec un retard staturo-pondéral.



4.3. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'imagerie médicale est très utile dans ce contexte. Elle permet d'objectiver des fractures multiples et d'âges différents, le plus souvent négligées.

Tous les os du squelette doivent être radiographiés chez l'enfant jusqu'à l'âge de 2 – 3 ans.

Les fractures les plus fréquentes sont les fractures costales qui sont multiples, postérieures, bilatérales et étagées prenant la forme de chapelet de **cals osseuse costales**.

Parfois, on note la présence de fractures du crâne isolées ou associées à un hématome sous-dural.

Au niveau des membres, ces fractures sont à type de fractures diaphysaires (notamment spiroïde par rotation), arrachements métaphysaires (lors de striction forcée au niveau des articulations, élongation, ou traumatismes indirects par torsion) et de décollements périostés avec hématomes sous-périostés (conséquence d'une fracture non consolidée).

Les arguments les plus forts en faveur du diagnostic de sévices sont la localisation de certaines fractures : fracture de la clavicule et des arcs postérieurs des côtes, du bassin, des os métacarpiens ou des phalanges ainsi que la présence de fractures anciennes souvent non traitées et consolidées dans une position vicieuse parfois même occasionnant le raccourcissement d'un membre.

- Des lésions viscérales peuvent aussi être la conséquence des sévices et sont retrouvées à l'échographie ou la tomodensitométrie (hématome sous capsulaire du foie...).
- un bilan d'hémostase est obligatoire
- la nécessité d'autres examens comme la scintigraphie osseuse découlera des données de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

5. FORMES CLINIQUES

5.1. SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ : SBS (SHAKEN BABY SYNDROME)

C'est un neuro-traumatisme grave résultant de secousses violentes infligées par un adulte à un enfant âgé, en général, de moins de 2 ans, sans traumatisme crânien direct. Les secousses engendrent des mouvements d'accélération/décélération avec rotation céphalique brutale à l'origine d'une rupture, par cisaillement, des veines ponts (reliant le cortex cérébral et le sinus veineux) dans l'espace sous dural.

Le SBS est caractérisé par l'association variable de **lésions neurologiques** (hématome sous dural [70 %], hémorragie sous-arachnoïdienne [33 %], lésions axonales diffuses [50 %]) mis en évidence au scanner cérébral et **d'hémorragies rétinien** observées au fond d'œil (hémorragie bilatérale sans décollement rétinien ni hémorragie du vitrée), contrastant avec la **rareté voire l'absence totale de signes de traumatisme externe**.

Sur le plan clinique, l'histoire est stéréotypée, le tableau plus ou moins bruyant : un bébé, le plus souvent un garçon, arrive en état de détresse vitale (coma, convulsions, hypothermie) alors qu'il allait bien le matin ; l'entourage parle d'un malaise, évoque parfois un traumatisme antérieur parfois n'apporte aucun élément.

Le diagnostic sera posé après les examens complémentaires notamment la TDM et le fond d'œil vu que l'examen clinique est souvent pauvre.

Le SBS est responsable de séquelles importantes (cécité, épilepsie, troubles moteurs...) et d'une mortalité importante (9 %).

5.2. SYNDROME DE MÜNCHHAUSEN PAR PROCURATION

C'est des situations dans lesquelles un parent, généralement la mère, produit ou simule des symptômes ou des signes factices chez son enfant.

Quatre critères diagnostiques doivent être réunis :

- la maladie est produite ou alléguée, ou les deux, par un parent ;
- il existe des demandes répétées de prise en charge médicale de l'enfant, aboutissant à des procédures médicales multiples ;
- les parents nient connaître la cause des symptômes ;
- les symptômes régressent quand l'enfant est séparé du responsable du syndrome.

Le syndrome de Münchhausen par procuration est souvent de diagnostic très difficile, ce qui explique le retard fréquent du diagnostic.

Le rôle du médecin est primordial pour déceler ce syndrome. Il devrait y penser devant toute pathologie récidivante de l'enfant ayant nécessité de multiples hospitalisations avec des examens complémentaires négatifs et des traitements inefficaces.

La morbidité à long terme est élevée, à la suite d'interventions chirurgicales multiples, à type de troubles psychologiques ou psychiatriques, d'anomalies du fonctionnement digestif ou du développement neurologique.

5.3. ABUS SEXUELS

L'abus sexuel inclut toutes les formes **d'attouchements** ou de **pénétration sexuelle** (orale, vaginale, anale).

La suspicion d'abus sexuel peut être d'emblée évoquée du fait du récit de l'enfant ou de ses parents, ou peut être suspectée au cours d'une consultation habituelle, devant des troubles non spécifiques comme les troubles psychosomatiques (douleurs abdominales ou pelviennes, encoprésie/énurésie), troubles généraux du comportement (troubles du sommeil, fugue, tentative de suicide, repli sur soi, agressivité, phobie du contact physique) et difficultés scolaires.

Le **diagnostic** repose essentiellement sur **l'interrogatoire** de l'enfant qui doit être objectif et se dérouler dans un climat de calme et de confiance en utilisant le vocabulaire de l'enfant. Chez le petit enfant, l'utilisation de dessins ou d'une poupée asexuée peut être utile ; ainsi, la représentation d'organes génitaux sur un dessin de personnage semble évocatrice d'abus.

Un **examen clinique** complet doit être effectué, en terminant par l'examen périnéal.

L'examen gynécologique doit être expliqué et consenti ; chez la petite fille, il est réalisé en position dite de la « grenouille » : décubitus dorsal, jambes repliées, genoux tournés vers l'extérieur et talon l'un contre l'autre, par une simple inspection.

Chez les enfants des deux sexes, les régions anale et périanale et la cavité buccale doivent être également examinées.

Des **prélèvements** sanguins pour la recherche de **soumission chimique**, de maladies sexuellement transmissibles ou de grossesse et des écouvillons vaginaux, anaux et oraux doivent être prélevés de façon systématique.

Il convient d'insister sur le fait que la normalité de l'examen génital est constatée chez 50 % des filles victimes d'une agression sexuelle, et qu'elle n'élimine donc en aucun cas la possibilité d'agression sexuelle antérieure.

Chez les jeunes filles (jusqu'à l'âge de 7 ans), le vestibule est non protégé par les poils, l'épithélium est mince, l'absence de lactobactéries (milieu alcalin favorisant la pullulation microbienne) avec hygiène souvent défectueuse ce qui entraîne un aspect érythémateux (diagnostic différentiel avec des attouchements).

La présence de lésions hyménales évidentes (déchirure ancienne ou récente, ecchymose), lésions de la fourchette postérieure (lacération, cicatrices, ecchymoses), dilatation anale de plus de 15 mm en position gèneupectorale, la présence de spermatozoïdes sur les prélèvements vaginal, anal, buccal), la survenue de certaines maladies sexuellement transmissibles sont les seuls éléments spécifiques.

5.4. CARENCES ET NÉGLIGENCE

Il s'agit de la non-satisfaction des besoins physiologiques (boisson, nourriture, etc.) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger...) de l'enfant. Son diagnostic est difficile surtout dans les cas de famille avec un bas niveau socio-économique où la non-satisfaction des besoins physiologiques n'est pas intentionnelle.

Les carences peuvent entraîner une dénutrition, un retard statural ou « nanisme psychosocial », un retard de développement psychomoteur.

La négligence doit être considérée comme une maltraitance quand ses **conséquences peuvent être graves** pour l'enfant : retard à consulter devant un symptôme de l'enfant (fièvre, douleur, etc.), retard d'administration d'un traitement, absence de surveillance d'une situation à risque en fonction de l'âge de l'enfant (nourrisson ou enfant jeune laissé seul), répétition des accidents et/ou intoxications chez un même enfant.

La reprise rapide de poids, le rattrapage d'un retard psychomoteur en milieu hospitalier sont de bons éléments en faveur du diagnostic.

5.5. SÉVICES PSYCHOLOGIQUES (CRUAUTÉ MENTALE)

Ils sont représentés par l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique. Ce type de maltraitance est difficile à prouver.

On décrit généralement cinq types de sévices psychologiques : le rejet, l'ignorance, l'isolement, la terreur, la corruption, pouvant entraîner un épuisement psychique de l'enfant.

Parmi ces situations, les plus fréquentes, on cite :

- Humiliation verbale ou non verbale ;
- Menace verbale répétée ;
- Marginalisation et dévalorisation systématique ;
- Exigence excessive disproportionnée à l'âge de l'enfant ;
- Consignes ou injonction éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

Ces différentes formes peuvent être responsables de troubles du développement psychomoteur et psychoaffectif, de troubles anxio-dépressifs, de troubles du comportement et de l'adaptation sociale.

6. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Consiste à différencier les agressions physiques répétées de certaines circonstances pathologiques telles que :

- Un traumatisme obstétrical qui peut être à l'origine d'un hématome sous ou extradural chez un nourrisson de moins de trois mois.
- Les hémorragies rétinienne peuvent se rencontrer au cours d'un traumatisme crânien accidentel, lors de l'accouchement (au cours du passage de la filière génitale) ou au cours de pathologies générales (hypertension artérielle sévère, anomalies de la coagulation...). Les hémorragies rétinienne au cours des SBS sont sans décollement ni hémorragie du vitrée.
- Les fractures sont à distinguer des appositions périostées constatées au cours des pathologies infectieuses et tumorales et dans les premières semaines de la vie, de l'ostéogenèse imparfaite qui se traduit par un amincissement des corticales, ostéoporose avec un aspect en mosaïque de la voûte du crâne et des fractures pathologiques sur tumeur.
- les lésions de brûlures circulaires sont à différencier des taches mongoloïdes (siégeant essentiellement au niveau des lombes, dos, épaules et chevilles) et des lésions de pyodermites. L'insensibilité congénitale à la douleur occasionnant des brûlures accidentelles.
- les zones d'alopécie sont à distinguer des pelades et des lésions de teigne. Dans ce cas un examen dermatologique s'impose pour faire la différence.
- Les ecchymoses sont à différencier des troubles de la coagulation et des vibices. Dans tous les cas il faut un bilan d'hémostase.

7. MESURES DE PROTECTION DE L'ENFANT EN DANGER

7.1. ENFANT EN DANGER

Le concept d'enfant en danger a été défini par l'article 20 de la **loi n° 95-92 du 9 novembre 1995** portant promulgation du Code de Protection de l'Enfant :

« Sont considérés, en particulier, comme des situations difficiles menaçant la santé de l'enfant ou son intégrité physique ou morale :

- a. La perte des parents de l'enfant qui demeure sans soutien familial.
- b. L'exposition de l'enfant à la négligence et au vagabondage
- c. Le manquement notoire et continu à l'éducation et à la protection
- d. Le mauvais traitement habituel de l'enfant
- e. L'exploitation sexuelle de l'enfant qu'il s'agisse de garçon ou de sa fille
- f. L'exploitation de l'enfant dans les crimes organisés au sens de l'article 19 du présent code.
- e. L'exposition de l'enfant à la mendicité et son exploitation économique
- g. L'incapacité des parents ou de ceux qui ont la charge de l'enfant d'assurer sa protection et son éducation ».

7.2. SIGNALEMENT DE L'ENFANT MALTRAITÉ

Le CPE a institué l'obligation de signalement, au Délégué à la Protection de l'Enfance, de tous les cas d'enfant maltraité. Un enfant maltraité est un enfant en danger.

Aux termes de l'art. 31 du CPE : « *toute personne, y compris celle qui est tenue au secret professionnel, est soumise au devoir de signaler au Délégué à la Protection de l'Enfance tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou morale au sens des paragraphes (d et e) de l'article 20 du présent code* ».

Le DPE est obligatoirement avisé de toutes les situations difficiles prévues par l'article 20 du présent code si la personne qui s'est aperçue de l'existence de cette situation fait partie des personnes chargées, de par leurs fonctions, de la protection et de l'assistance des enfants, tels que les éducateurs, les médecins, les travailleurs sociaux et toutes autres personnes chargées à titre particulier, de la prévention et de la protection de l'enfant contre tout ce qui est de nature à menacer sa santé et son intégrité physique et morale.

Les mauvais traitements à enfants constituent ainsi une dérogation légale au secret médical.

7.3. PROTECTION SOCIALE

Elle est assurée par le DPE. Il apprécie l'existence effective d'une situation difficile menaçant la santé de l'enfant ou son intégrité physique ou mentale.

Selon les situations, il peut instaurer soit des mesures conventionnelles soit des mesures urgentes.

- Les mesures conventionnelles sont (art 43) :
 - 1- Maintien de l'enfant dans sa famille avec engagement parental à écarter le danger et contrôle périodique par le DPE ;
 - 2- Maintien de l'enfant dans sa famille avec organisation des modalités d'interventions sociales appropriées ;
 - 3- Maintien de l'enfant dans sa famille en prenant les précautions nécessaires pour empêcher tout contact avec les personnes qui sont de nature à constituer une menace à sa santé ou à son intégrité physique ou morale ;
 - 4- Placement temporaire de l'enfant dans une famille ou dans tout autre organisme ou institution appropriée (sociale, éducative, voire hospitalière).
- Le DPE peut prendre provisoirement, si vagabondage ou négligence les mesures d'urgence de placement de l'enfant dans un établissement de réhabilitation, dans un centre d'accueil, dans un établissement hospitalier, dans une famille, dans un organisme ou établissement social ou éducatif approprié. Sur autorisation urgente délivrée par le juge de famille (art 45).
- En cas de danger imminent, le DPE peut prendre l'initiative d'éloigner l'enfant de l'endroit du danger en ayant recours même à la force publique, et de le mettre dans un lieu sûr sous sa propre responsabilité, en respectant l'inviolabilité des domiciles d'habitation.

7.4. PROTECTION JUDICIAIRE (ART 51 → 59)

Suite au signalement du cas d'un enfant en danger, des mesures judiciaires sont prises. Ces mesures sont de différents types. Elles consistent d'abord en la surveillance de l'enfant dans son milieu familial par les services sociaux (assistante

sociale). Après les mesures conventionnelles prises par le DPE consistant essentiellement en des enquêtes et rapports à soumettre à la justice, des mesures d'urgence sont adoptées par le juge de la famille ou même le DPE en cas de gravité extrême : c'est le retrait de l'enfant du milieu jugé hostile dans lequel il se trouve, dans le but de le protéger.

L'affaire est ensuite jugée (mesures de fond prises par le juge de la famille) dans le sens du retrait de l'enfant de sa famille ou sa remise dans celle-ci. Le magistrat peut à cet effet procéder à tout acte jugé nécessaire : enquête, auditions, examens médico-légaux avant de prononcer son jugement. Celui-ci peut faire l'objet d'un recours de la part des parents de l'enfant. L'enfant peut être enfin remis à sa famille suite à ce recours quand il n'y court plus aucun danger.

Des dispositions répressives ont été prévues dans l'article 224 du Code pénal tunisien punissant les sévices à enfants. « *Est puni de 5 ans de prison et d'une amende quiconque maltraite habituellement un enfant ou tout autre incapable de l'un ou de l'autre sexe, placé sous son autorité ou sa surveillance, sans préjudice, s'il y a lieu, des peines plus graves prévues pour les violences et voies de fait. Est considéré comme mauvais traitement tombant sous l'application du paragraphe précédent, la privation habituelle d'aliments ou de soins* ».

Le Code de Protection de l'enfant a de même prévu des sanctions dans ses articles 118 à 123 en cas d'entraves à l'enquête ou de non-signalement d'enfant en danger et a interdit la publication des débats de justice concernant des affaires impliquant des enfants afin de protéger leur intimité.

8. RÔLE DU MÉDECIN

Le médecin peut être le premier à découvrir qu'un enfant est victime de mauvais traitements physiques ou psychologiques de la part de ses parents ou de ceux qui en ont la garde.

Sa tâche n'est pas toujours facile.

L'intervention du médecin se situe sur plusieurs niveaux :

- Dépistage de la maltraitance devant un contexte évocateur;
- Signalement au délégué à la protection de l'enfance (Art 31 du CPE);
- Évaluation du degré de maltraitance et proposition si nécessaire une hospitalisation de l'enfant en attendant les autres mesures de protection;
- Prise en charge des conséquences des sévices. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire et incluant médecin, psychiatre, psychologue.
- Prévention surtout les facteurs de risque.

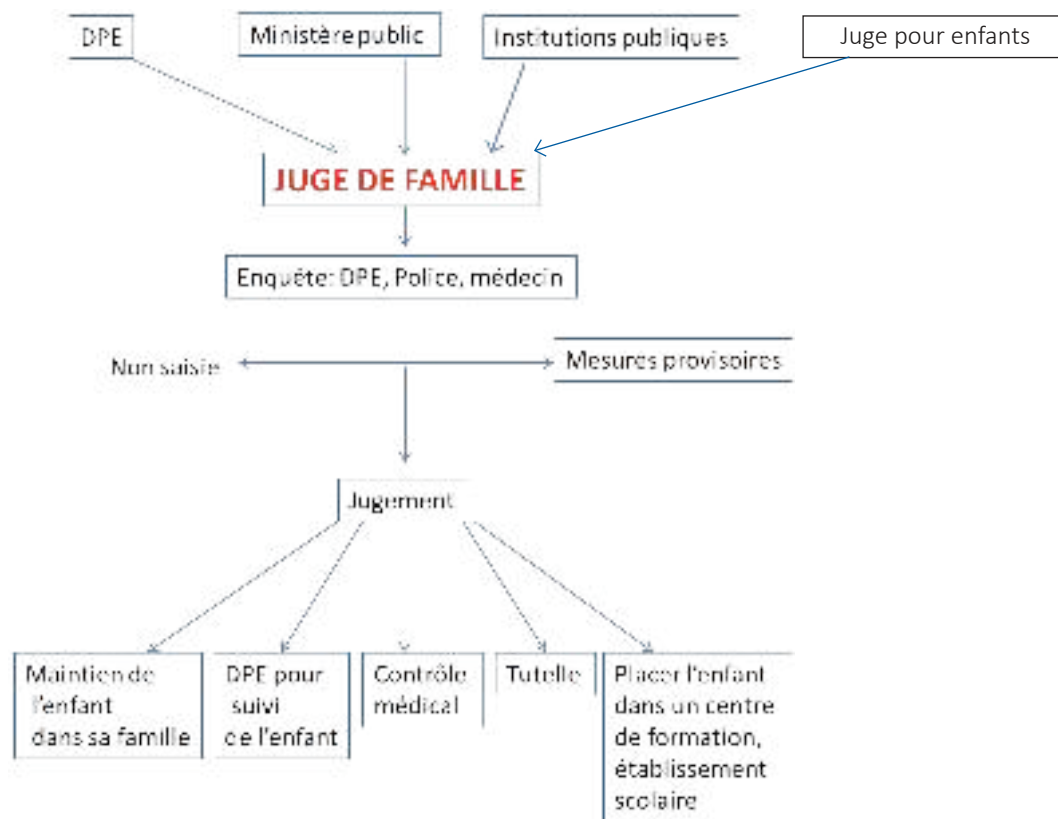
9. CONCLUSION

Les sévices à enfant demeurent un phénomène fréquent malgré les dispositions légales de protection de l'enfant notamment après la promulgation du CPE.

Plusieurs types de sévices existent dont les plus fréquents sont les violences physiques, psychologiques, les abus sexuels et les négligences. Leurs conséquences peuvent être graves voire mortelles.

Le diagnostic n'est pas toujours facile devant une symptomatologie physique ou psychologique diverse et peu spécifique, mais le médecin doit savoir évoquer le diagnostic de sévices devant des indices de suspicion, signaler au DPE et prendre en charge l'enfant. En cas de péril imminent, des mesures urgentes s'imposent notamment l'hospitalisation.

Schéma de la protection judiciaire des enfants victimes de sévices



DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL DES INTOXICATIONS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1- Évoquer une intoxication aiguë au monoxyde de carbone sur les éléments de l'interrogatoire et de l'examen cliniques.
- 2- Évoquer une intoxication aiguë par les pesticides sur les éléments de l'examen cliniques.
- 3- Évaluer le degré d'intoxication par l'éthanol par l'examen médical.
- 4- Expliquer les modalités prévues par la loi du prélèvement sanguin pour dosage de l'alcoolémie en cas de conduite sous l'empire de l'alcool.
- 5- Planifier la conduite à tenir du médecin de famille face à une suspicion d'une intoxication aiguë

Pre-requis

- Pharmacologie (PCEM 2, thème 16)
- Cours de médecine aiguë
- Cours de médecine légale : Diagnostic de la mort, Diagnostic médico-légal de la mort toxique, Les toxicomanies

Taches de l'apprenant

1. Valider le prérequis
2. Lire les objectifs éducationnels
3. Étudier le document de base fourni
4. Répondre aux questions d'auto-évaluation du posttest

PRÉ-TEST

Vous recevez à votre cabinet une adolescente comateuse ramenée par des membres de sa famille affolés. Ces derniers rapportent que l'enfant a ingéré une grande quantité d'un raticide.

Questions

1. Quels sont les signes cliniques en faveur de ce diagnostic à rechercher?

2. Quelle serait votre conduite à tenir immédiate sur les lieux?

INTRODUCTION

Les intoxications aiguës représentent un des motifs les plus fréquents de consultations aux urgences en Tunisie et dans le monde. Cette pathologie est caractérisée par un grand polymorphisme clinique du fait de la diversité des substances et la fréquence des poly intoxications.

Les circonstances de survenues sont aussi très diversifiées. Il peut s'agir d'intoxications volontaires dans un objectif d'autolyse. Des intoxications accidentelles peuvent être observées en cas d'erreur de posologie, de conditionnement modifié ou d'exposition accidentelle (domestique ou professionnelle). Elles peuvent être aussi d'origine criminelle dans le cadre d'une tentative de meurtre ou dans un objectif d'abuser d'une personne (soumission chimique). Dans tous ces cas, il s'agit d'un diagnostic grave, pouvant engager le pronostic vital du patient et nécessite une prise en charge rapide et urgente.

Tout médecin, quelle que soit sa spécialité doit être capable de poser le diagnostic d'intoxication aiguë rapidement et intervenir de façon optimale.

Nous avons choisi dans ce cours d'étudier les intoxications aiguës les plus fréquentes (en dehors des intoxications médicamenteuses qui seront vues dans d'autres certificats).

1. INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE

1.1. INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE

Le diagnostic se fonde d'abord sur les circonstances de survenue des troubles et sur leur caractère souvent collectif. La soudaineté des symptômes, leur variabilité d'un instant à l'autre pour le même intoxiqué, et d'un intoxiqué à l'autre pour les sujets soumis au même danger, sont évocateurs.

La classique teinte cochenille des téguments ne persiste que chez les sujets décédés; ailleurs, elle disparaît très vite après la sortie de l'atmosphère toxique, elle est donc rarement observée à l'arrivée du malade à l'hôpital.

Les symptômes peuvent se limiter à des céphalées et des vomissements, une asthénie physique et psychique brutale et intense, une tendance lipothymique.

À un degré plus avancé, il existe une obnubilation ou au contraire une agitation, des tremblements, des propos incohérents. Parfois, la perte de connaissance est brutale; quand la durée de l'intoxication est brève, le retour à la conscience s'effectue très vite après la sortie de l'atmosphère toxique.

Quand l'intoxication est massive et surtout prolongée, le coma persiste, il est de profondeur variable avec ou sans insuffisance respiratoire d'origine centrale et /ou encombrement des voies respiratoires. Il s'y associe des troubles du tonus, caractéristiques de l'intoxication oxycarbonée : crises hypertoniques en flexion ou en extension, pronation aux membres supérieurs, extension des membres inférieurs, trismus, parfois opisthotonos. Parfois, on note plutôt une hypotonie généralisée qui est de plus mauvais pronostic. Les signes pyramidaux peuvent être diffus aux quatre membres ou localisés (hémiplégie, monoplégie).

Il peut exister une paralysie faciale et/ou oculomotrice. Les crises convulsives se voient surtout chez les enfants. Dans les formes les plus graves, il existe des troubles de la régulation thermique : hyperthermie avec crises sudorales dans les formes hypertoniques, hypothermie dans les formes hypotoniques.

Dans les formes graves, des signes cardiovasculaires sont s'associer aux signes neurologiques : collapsus cardiovasculaire qui pose des problèmes thérapeutiques en raison de la fréquence de l'OAP, de type lésionnel (atteinte de la membrane alvéolo-capillaire) ou mixte (association parfois à une myocardite toxique).

De plus, on peut observer des troubles du rythme et/ou de la conduction : bradycardie, tachycardie supraventriculaire, fibrillation auriculaire, tachycardie ventriculaire, bloc de branche. Mais dans la plupart des cas, les anomalies cardiovasculaires sont limitées à des troubles de la repolarisation (ischémie sous épi ou sous endocardique).

Par ailleurs, des lésions ischémiques des parties molles sont fréquemment observées et sont dues à la compression aux points d'appui causée par l'immobilisation en mauvaise position pendant la durée de l'intoxication.

1.2. EXAMENS PARACLINIQUES

Il existe une acidose métabolique par augmentation des lactates sériques. Une hypoxie et à plus forte raison une hypercapnie témoignant d'une complication respiratoire. Les CPK sont augmentées ainsi que les transaminases et les LDH.

Le taux sanguin de CO peut être dosé et est exprimé en mmol/ml.

Généralement on mesure le pourcentage d'HbCO par rapport aux autres formes d'hémoglobine par spectrophotométrie d'absorption.

Classiquement, il existe une corrélation entre le taux d'HbCO et les signes cliniques : troubles mineurs entre 5 et 20 %, troubles graves entre 20 et 50 %, coma entre 50 et 100 %.

signes neurologiques constants et importants au-delà de 33 %. La dose létale serait de 66 %. Cependant, il semble que la durée et le terrain sur lequel survient l'intoxication soient beaucoup plus déterminants.

1.3. FORMES CLINIQUES

INTOXICATION ASSOCIÉE À UN INCENDIE :

En cas d'un corps retrouvé dans un lieu d'incendie il est parfois difficile de conclure s'il s'agit du corps d'une victime ayant succombé à l'incendie ou d'un corps déjà mort brûlé dans une tentative de camouflage d'un délit ou d'un crime. Mais aussi de conclure si le sujet est décédé des brûlures ou d'une intoxication au CO ayant précédé l'effet létal des brûlures (dans les situations de comourants).

Différents auteurs ayant étudié ces situations et ont identifiés 3 situations

- Taux d'HbCO > 70 % le décès est le vraisemblablement imputé à l'intoxication au CO.
- Taux d'HbCO < 30 % le décès ne peut pas être (même partiellement) imputé à l'intoxication au CO.
- Taux d'HbCO entre 30 et 70 %, le décès est secondaire à la conjonction des brûlures, de l'intoxication au CO, mais aussi aux autres gaz toxiques : cyanures, CO₂,...

INTOXICATION CHRONIQUE AU CO

Il s'agit le plus souvent d'une exposition professionnelle. Le sujet se plaint d'une céphalée qui s'améliore à distance du lieu de travail.

Les conséquences à long terme sont une athérosclérose, une hypocoagulabilité du sang et chez les femmes enceintes un risque d'hypotrophies fœtales.

L'intoxication chronique au CO est considérée comme une maladie professionnelle pour des taux de CO atmosphériques ≥ 50 ppm et une exposition de 7 – 8 heures par jour. Le taux autorisé est de 35 ppm pendant 8 h/j ou 200 ppm pendant 15 minutes. (1 ppm = 1,15 mg/m³).

2. INTOXICATIONS AIGUËS PAR LES PESTICIDES

2.1. LES ORGANOPHOSPHORÉS

A- EXAMEN CLINIQUE

L'inhibition des acétylcholinestérases conduit à une intoxication par l'acétylcholine.

Le tableau clinique résulte de l'intrication de trois syndromes muscarinique, nicotinique et encéphalique selon les récepteurs stimulés :

- Le syndrome muscarinique résulte d'une stimulation parasympathique postganglionnaire et comprend :
 - des signes d'hypersécrétion salivaire, sudorale et bronchique et une diarrhée.
 - une action sur les muscles lisses avec myosis, bronchoconstriction, nausées, vomissements, augmentation du péristaltisme, miction et défécation involontaires.

Une action cardiaque avec bradycardie, hypotension voire troubles de conduction et du rythme ;

- Le syndrome nicotinique, par dépolarisation persistante des muscles squelettiques, comporte :
 - Au niveau musculaire : asthénie, paresthésies, fasciculations, crampes, parésie puis paralysie (notamment des muscles respiratoires),
 - Au niveau cardiovasculaire : tachycardie et hypertension.

Ce syndrome nicotinique est responsable de signes d'hyperadrénergie (hyperleucocytose, hyperglycémie, hypokaliémie)

- L'atteinte neurologique centrale se manifeste par :
 - une stimulation initiale puis une dépression du système du système nerveux central, avec agitation, céphalées, tremblement, confusion, ataxie, convulsions puis somnolence, et au maximum coma convulsif.

Ces trois syndromes participent à la gravité de l'atteinte respiratoire, auxquels s'ajoute l'éventuelle toxicité d'un solvant associé au pesticide quand il est utilisé sous forme liquide (Flytox, Fatek).

Une atteinte neurologique retardée peut suivre une intoxication aiguë.

La grande liposolubilité des E.O.R explique la possible apparition précoce des signes locaux propres à la voie d'absorption (digestifs, pulmonaires ou cutanées); avant l'apparition des signes généraux.

Le délai moyen d'apparition des signes généraux dépend de la voie de pénétration, de la quantité absorbée et de l'organophosphoré en cause. Il est en moyenne de quelques heures, mais peut varier de quelques minutes lors des intoxications à 12-24 heures, voire largement plus (40-48 heures) avec certains nouveaux organophosphorés.

Les symptômes apparaissent pour un taux d'acétylcholinestérase globulaire inférieur à 50 % des valeurs témoins, l'intoxication est sévère pour des taux de moins de 10 %.

- une atteinte modérée se manifeste par une asthénie, des céphalées, des signes digestifs, quelques signes nicotiniques (crampes, fasciculation), le tout pouvant faire évoquer une gastro-entérite aiguë surtout en cas d'intoxication collective;
- une intoxication sévère se manifeste par une insuffisance respiratoire aiguë, un œdème aigu du poumon, avec ou sans trouble de conscience. La bradycardie et le myosis doivent alors attirer l'attention. L'état pulmonaire peut être aggravé par une pneumopathie chimique ou d'inhalation. À noter la possibilité d'avoir des troubles du rythme ou de la conduction à type de : tachycardie ventriculaire, torsade de pointes, allongement de l'espace QT, troubles de la repolarisation, fibrillation auriculaire, extrasystoles ventriculaires, bloc auriculo-ventriculaire. Les troubles du rythme peuvent apparaître jusqu'à 24 à 48 heures après l'ingestion.

En pratique, un malade qui consulte aux urgences dans un tableau neurologique avec coma, convulsions et abolition des réflexes ostéotendineux, les signes respiratoires, le myosis (dont l'absence ne doit pas faire réfuter le diagnostic), les fasciculations, les sueurs, la présence d'une forte odeur alliée doit faire penser au diagnostic en première intention.

B- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les cholinestérases, acétylcholinestérase globulaire (ACG) et pseudocholinestérase plasmatique (PCP), sont utilisées comme marqueur de l'intoxication. La baisse des cholinestérases peut être mesurée par prélèvement de 10 ml de sang sur tube hépariné (sans oxalates) à centrifuger rapidement puis à réfrigérer à défaut d'un dosage immédiat.

À la différence des PCP, les ACG sont plus spécifiques, mais leur dosage est de réalisation plus délicate. La normalisation spontanée est obtenue en quelques semaines par les PCP, en 2 et 3 mois pour les ACG. Leur cinétique est différente : augmentation rapide de 30 % dans les 8 premiers jours, puis plus lente en plateau pour les PCP, augmentation régulière de 1 % pour les ACG. Le taux des ACG se normalise lors de l'utilisation du pralidoxime.

En pratique les deux dosages sont complémentaires pour le diagnostic (ACG, PCP), de la réponse au pralidoxime (ACG) et du suivi de l'évolution de l'intoxication (PCP).

2.2. LES CARBAMATES

Ils induisent un tableau clinique similaire à celui engendré par les organophosphorés, mais moins grave du fait du caractère plus labile de la liaison entre la molécule toxique (carbamate) et l'acétylcholinestérase.

3. INTOXICATIONS AIGUËS PAR LES PRODUITS RATICIDES

3.1. L'α-CHLORALOSE

L'α-Chloralose est le raticide le plus utilisé en Tunisie.

L'intoxication passe par deux phases :

Une phase d'excitabilité où la clinique est dominée par les signes neuromusculaires avec des trémulations musculaires spontanées et à la stimulation; des contractions musculaires/trismus; des convulsions.

Une phase de coma flasque avec un état de paralysie et une dépression respiratoire.

Les signes cliniques apparaissent à partir d'une dose ingérée de 1 g et la dose létale est de 10 g.

3.2. LES ANTICOAGULANTS RATICIDES

Les anticoagulants raticides comme la warfarine peuvent entraîner des accidents hémorragiques graves avec chute du taux de prothrombine.

4. INTOXICATIONS ALCOOLIQUES

Les boissons alcoolisées sont très largement consommées que ce soit à visée festive ou addictive par une population très variée et très large. L'intoxication alcoolique représente un facteur important de co-mortalité notamment dans la tranche d'âge 20-35 ans, et ce en matière de traumatologie routière et d'agression physique.

L'alcool le plus consommé est l'éthanol $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. Liquide incolore, volatil, inflammable, à odeur caractéristique, à saveur brûlante, miscible dans l'eau avec une densité par rapport à l'eau de 0,789.

Une boisson est considérée alcoolisée en regard de la législation pour une teneur en alcool supérieure à 1,2 % (1 % correspondant à 1 ml d'éthanol pour 100 ml de liquide).

4.1. EXAMEN CLINIQUE

Les signes cliniques présentent une certaine corrélation avec la dose d'alcool présente dans le sang

- Alcoolémie 0,1-0,3 g/l : Stade infra clinique

Pas de symptômes ni d'effets cliniques objectivement mesurables.

- Alcoolémie 0,3 – 1 g/l : Stade de l'euphorie

Griserie, levée des inhibitions psychiques, augmentation de la confiance en soi; légère incoordination motrice; baisse de l'attention

- Alcoolémie 1 – 2 g/l : Phase d'excitation ou de facilitation (Ébriété) :

- Exaltation, logorrhée, assurance, surestimation des capacités
- Euphorie, optimisme (vin gai) ou tristesse et pleurs (vin triste) variables dans le temps
- Augmentation du temps de réaction
- Présence de risques, car perte de contrôle des actes avec persistance des mêmes capacités physiques → initiatives dangereuses ou délictueuses;
- Dès cette phase : il existe des maladroitness dans les mouvements et des accrochages au niveau de la parole et de la démarche
- Aspect pâle, congestif du visage.

- Alcoolémie 1,5 – 3 g/l Phase d'incoordination ou d'ivresse caractérisée :

- Augmentation des troubles du comportement et apparition des troubles de l'exécution
- Incohérence, pauvreté et difficulté du discours
- Désorientation et confusion
- Ébauche d'idées délirantes.

À l'examen :

- Démarche ébrieuse, titubante → chutes;
- Incoordination de la réalisation gestuelle;
- Appauvrissement de la mimique du visage : hébété;
- Hypersudation, salivation, hoquet, nausées, vomissements;
- Sensibilité diminuée (douloureuse);
- Vêtements souillés, débraillés.

- Alcoolémie 3 – 5 g/l Phase comateuse

Le coma éthylique « ivre mort » : coma : calme, hypotonique, de profondeur variable avec au maximum une conscience nulle, un clignement à la menace aboli, absence de toute réponse à tous les stimuli auditifs et douloureux, pupilles dilatées, ROT. Cutanéomuqueux et pupillaires abolis, sphincters relâchés avec perte des urines et des matières.

Le pouls est lent, la respiration stertoreuse, les extrémités froides, l'hyperthermie centrale n'est pas rare.

- Alcoolémie > 5 g/l : Mort par arrêt respiratoire

Examens paracliniques

À la biologie l'intoxication éthylique aiguë s'associe souvent à une hypoglycémie, une hyponatrémie avec une hypo-osmolarité.

À la toxicologie, le dosage peut être fait par des méthodes enzymatiques sur le sérum sanguin (méthodes FPIA, EMIT). En cas de situation médico-légale (conduite en état d'ivresse, crime ou délit...) le dosage se fait moyennant la méthode de CORDEBARD (Oxydation de l'alcool par du bichromate de potassium, en milieu acide avec titration par l'iode).

4.2. ALCOOL AU VOLANT

Un conducteur est considéré sous l'empire d'un état alcoolique dans la loi tunisienne (Décret gouvernemental n° 2016-292 du 1^{er} mars 2016) s'il présente un taux d'alcoolémie $\geq 0,3$ g/L.

Ce taux est réduit à zéro g/L s'il s'agit :

- d'un conducteur stagiaire,
- d'un conducteur d'un véhicule lourd destiné au transport routier de marchandises,
- d'un conducteur d'un véhicule destiné au transport de personnes dont le nombre de places dépasse 8 celui du conducteur non inclus,
- d'un conducteur d'un véhicule de transport public routier non régulier de personnes,
- d'un conducteur d'un véhicule destiné au transport touristique
- d'un formateur ou un formateur des formateurs dans le domaine de la conduite des véhicules lors de l'exercice de la fonction.

Ce dosage doit être effectué par un biologiste en utilisant la méthode de CORDEBARD (cf. chapitre 3.1.). Le médecin de la santé publique ou de libres pratiques, dans cette situation, peut être requis par l'agent de l'ordre afin d'examiner le conducteur et de prélever au moins 12 ml de sang qu'il répartira sur deux tubes fluorés étiquetés au nom de la personne concernée et en précisant la date et l'heure exacte des prélèvements. Les résultats de l'examen clinique et des analyses toxicologiques seront retranscrits dans un modèle préparé.

Le nettoyage de la peau avant le prélèvement doit se faire au liquide de Dakin (en évitant de toute évidence l'alcool qui peut fausser le résultat), les tubes de prélèvement doivent être obturés d'une manière hermétique (bouchons en caoutchouc) après leur remplissage à ras bords pour éviter l'évaporation de l'alcool éventuellement présent dans le sang.

5. INTOXICATION PAR LES STUPÉFIANTS ET LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (COURS LES TOXICOMANIES)

6. FORMES CLINIQUES

6.1. SOUMISSION CHIMIQUE

La soumission chimique peut être définie comme l'administration à l'insu ou l'incitation à la consommation d'une ou plusieurs substances par un individu dans le but d'altérer sa vigilance et de le rendre vulnérable afin de l'abuser.

Historiquement, la soumission chimique était utilisée par des individus peu scrupuleux afin de détrousser leurs victimes. Le produit de choix était l'hydrate de chloral pour ses propriétés sédatives.

Actuellement, la soumission chimique est d'usage à des fins d'agressions sexuelles de tout genre ou pour réaliser des vols.

Les substances utilisées sont diverses, mais ont en commun généralement un usage facile, l'absence d'odeur et/ou de couleur et des amnésies antérogrades.

L'éthanol et le cannabis représentent les produits de choix utilisés pour obtenir une soumission chimique. En effet, il s'agit de produit largement accessible, de surcroît consommé et servi en abondance lors de soirées privées. Il est habituellement consommé volontairement par la victime dont la consommation peut dès lors être facilement « entraînée » pour devenir rapidement excessive. La réalisation de cocktails facilite l'administration d'autres produits à l'insu de la victime dont notamment la cocaïne, les amphétamines et les opiacés, les benzodiazépines et le Gamma-hydroxy butyrate (GHB).

Les effets plus particulièrement recherchés sont l'amnésie antérograde, la perte du jugement critique, les troubles de la perception et éventuellement les troubles de la vigilance allant jusqu'au coma.

Devant des situations de suspicion de soumission chimique (victime de viol, victime d'un vol...), il est important de noter les données de l'examen clinique et d'essayer d'orienter le toxicologue analyste. Les analyses doivent être effectuées avec des méthodes chromatographiques, car généralement les doses sont faibles.

Il est important d'effectuer un prélèvement de sang et d'urine le jour de l'examen et deux prélèvements de cheveux le premier le jour de l'examen et le deuxième deux à trois mois après.

6.2. DOPAGE

Le dopage est la pratique consistant à absorber des substances ou à utiliser des actes médicaux afin d'augmenter artificiellement ses capacités physiques ou mentales. Il n'est pas l'apanage des sportifs de haut niveau, mais peut être rencontré par des sportifs amateurs et avec des sports de loisirs (fitness...).

Le médecin peut être amené à recevoir un jeune, réputé sportif qui est comateux, souffrant (notamment d'une cardiopathie) ou présenté comme une mort subite suite à un acte sportif. Devant ces situations, le médecin doit toujours avoir à l'esprit les accidents de dopage (surdosage, décompensation d'un état pathologique préexistant par la substance consommée...).

6.3. TOXICOMANIES (injonctions thérapeutiques, dépistage, demande de soin, désintoxication)

En Tunisie, la détention, la consommation et le trafic des stupéfiants sont interdits.

La prescription des produits stupéfiants licites est soumise à une juridiction spécifique imposant des conditions précises que le médecin prescripteur doit suivre.

Les produits stupéfiants sont précisés dans un tableau (le tableau B) qui est mis à jour régulièrement selon les nouvelles substances qui existent sur le marché des stupéfiants.

L'injonction thérapeutique correspond à une obligation de soin contre une remise de peine en matière d'affaire de consommation de stupéfiant.

La loi n° 92-52 du 18 mai 1992 dans son article 18 et suivant, permet la possibilité, et seulement une fois, aux sujets poursuivis pour consommation de stupéfiants d'avoir une cure de désintoxication sur demande personnelle ou à travers son conjoint, un de ses ascendants, descendants ou médecins. La demande doit être écrite et destinée à la commission nationale des stupéfiants. Dans ce cas l'action publique s'arrête et le condamné devra se soumettre au traitement durant la période qui sera fixée par le médecin spécialiste.

Lors de cette cure, les données médicales seront considérées par la règle du secret médical. En cas d'arrêt de la cure ou si le demandeur quitte l'établissement sans l'accord de ses médecins ou de la commission des stupéfiants, les poursuites légales seront déclenchées à son encontre.

7. CONDUITE À TENIR DU MÉDECIN

Devant une intoxication aiguë, le médecin de famille doit agir rapidement et avec efficacité.

Le traitement symptomatique est à privilégier avec notamment en cas de coma une libération des voies aériennes, une mise en position latérale de sécurité et une oxygénothérapie avec appel d'une structure de réanimation préhospitalière (SAMU/SMUR). En cas de troubles hémodynamiques ou d'un arrêt cardiocirculatoire, la réanimation devrait être débutée rapidement.

Dans les cas où la molécule est connue formellement et qu'un antidote existe, celui-ci devrait être aux meilleurs des cas administré le plus précocement possible.

En cas d'intoxication au monoxyde de carbone, les gestes à réaliser en urgence sont l'aération des lieux et l'oxygénation des victimes.

Dans les intoxications aux pesticides, en plus du traitement symptomatique déjà décrit il faut se rappeler de prévenir les complications d'éventuelles crises comitiales.

Dans tous les cas, assurer un transport médicalisé au plus proche centre hospitalier reste à privilégier.

Rappelons que les intoxications même suicidaires ne représentent pas une dérogation à la règle du secret médical et ne justifient pas une déclaration aux autorités judiciaires.

Enfin, en cas du décès d'un patient vraisemblablement sujet à une intoxication aiguë, force est de rappeler qu'il s'agit d'une mort violente imposant l'opposition d'un obstacle médico-légal à l'inhumation et une demande d'autopsie.

8. CONCLUSION

Les intoxications aiguës représentent une situation fréquente, urgente et grave pouvant être rapidement mortelle. La prise en charge rapide s'impose en privilégiant le traitement symptomatique (réanimation, etc.) et le traitement antidotique s'il existe. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité doit être capable de poser le diagnostic rapidement et de pouvoir agir rapidement et efficacement. Le médecin joue aussi un rôle médico-légal notamment en cas de conduite sous l'empire de l'alcool où il faudra examiner le conducteur et de pouvoir prélever dans les règles du sang pour un dosage de l'alcoolémie. Mais aussi, en cas de soumission chimique en rapportant la preuve par des prélèvements réalisés rapidement et convenablement.

CONCEPTS CLÉS

- L'anamnèse et l'examen clinique représentent un temps primordial pour pouvoir poser le diagnostic d'intoxication aiguë.
- Le diagnostic de mort subite repose sur les analyses toxicologiques dont les résultats dépendent de la qualité des prélèvements.
- Des règles particulières sont à entreprendre pour l'examen d'un sujet conduisant un véhicule sous l'empire de l'alcool ainsi que pour les prélèvements sanguins à réaliser.
- La prise en charge initiale d'une victime d'intoxication aiguë repose sur le traitement symptomatique et le transport médicalisé rapide vers un centre de réanimation.
- Les intoxications aiguës même suicidaires ne représentent pas une dérogation à la règle du secret médical.

EVALUATION FORMATIVE

Vous recevez dans votre cabinet un jeune homme agité, accompagné de sa mère affolée. La mère rapporte que son fils se serait disputé avec son père et qu'il aurait ingéré une substance dont elle ignore la nature. Le sujet présente une bradycardie à 45 battements par minutes, une tension artérielle à 80/60 mm Hg, un myosis serré, un larmolement, une hypersialorrhée et des vomissements en jet incontrôlables avec une diarrhée. Lors de vos palpations, il présente des contractions musculaires diffuses spontanées et à la palpation. Le patient devient rapidement confus avec une diminution de l'agitation et installation de mouvements anormaux. Vous suspectez une intoxication aiguë par un pesticide organophosphoré.

1- Quels sont les signes cliniques qui vous font suspecter ce diagnostic ? Les classer en syndrome ?

2- Quelle sera votre conduite à tenir initiale ?

3- Quel examen paraclinique permettra de corroborer votre diagnostic ?

4- La mère vous implore de ne pas déclarer le cas à la police, de peur du scandale pour la tentative de suicide de son fils. Que répondriez-vous à la mère ?

Réponses:

1- Signes rentrant dans le syndrome muscarinique : signes d'hypersecretion salivaire et la diarrhée. Le myosis, vomissements, défécation involontaires. Bradycardie et hypotension.

Signes rentrant dans le syndrome nicotinique : paresthésies, fasciculations, crampes,

Signes rentrant dans l'atteinte neurologique centrale : stimulation initiale puis une dépression du système du système nerveux

central, avec agitation, ataxie.

2- Libération des voies aériennes supérieures, position latérale de sécurité, canule de Guedel, oxygénothérapie, sonde gastrique,

appel SAMU.

3- Le dosage de l'activité cholinestérasique globale et de l'activité cholinestérasique plasmatique (pseudocholinestérase) qui

seront diminués.

4- Il n'y aura pas de déclaration, les intoxications même suicidaires ne représentent pas de dérogation légale à la règle du secret médical.

DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DE LA MORT TOXIQUE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 6- Expliquer les modalités de prélèvements autopsiques pour recherche toxicologique
- 7- Expliquer le mécanisme physiopathologique de l'intoxication oxycarbonée.
- 8- Expliquer le mécanisme physiopathologique de l'intoxication par les pesticides organophosphorés.
- 9- Évoquer une intoxication par des stupéfiants devant des signes d'appel
- 10- Planifier une démarche étiologique devant la suspicion d'une mort toxique.
- 11- Établir la conduite à tenir du médecin de famille face à une suspicion de mort toxique

Pré-requis

- Pharmacologie (PCEM 2, thème 16)
- Cours de médecine aigue
- Cours de médecine légale : Diagnostic de la mort, Diagnostic médico-légal des intoxications, Les toxicomanies

Taches de l'apprenant

1. Valider le prérequis
2. Lire les objectifs éducationnels
3. Étudier le document de base fourni
4. Répondre aux questions d'auto-évaluation du posttest

PRÉ-TEST

Vous êtes appelés à constater le décès d'un sujet de sexe masculin, âgé de 30 ans retrouvé décédé dans son lit par ses parents. Il s'agissait d'une mort toxique.

Questions

8. Sur quels arguments reposait votre diagnostic ?

9. Quelle était votre conduite à tenir immédiate sur les lieux ?

1. INTRODUCTION

La mort toxique représente une situation fréquente avec 120 à 150 sujets décédés de causes toxiques autopsiés au service de médecine légale de Tunis entre 2005 et 2015. Il s'agit aussi d'un diagnostic difficile du fait de la non-spécificité des signes observés près à l'examen du cadavre tout comme à l'autopsie. Ce diagnostic repose sur l'expertise toxicologique, mais qui ne peut être contributive qu'après une orientation par les éléments de l'interrogatoire, par des éléments de la levée de corps, par les constatations autopsiques et par un prélèvement adéquat des matrices (milieux) biologiques.

Tout médecin de famille **doit** être capable d'évoquer le diagnostic et **doit** être capable de planifier une prise en charge adéquate face à cette situation en relevant les éléments anamnestiques et de l'examen des lieux et du corps pouvant évoquer une étiologie toxique du décès et cocher la case obstacle médico-légale à l'inhumation puisqu'un décès d'origine toxique est une **mort violente** rendant **l'autopsie médico-légale** indispensable.

2. MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Les xénobiotiques (substances étrangères à l'organisme) vont suivre un cycle au niveau de l'organisme dès leurs absorptions puis aboutiront à une action en réponse à un mécanisme considéré une fois ils vont se distribuer dans tout l'organisme. Cet effet sera soutenu dans le temps jusqu'à ce que ce xénobiotique sera neutralisé et/ou éliminé : il s'agit de la toxico-cinétique d'un xénobiotique.

Ce xénobiotique inhibera une fonction ou stimulera une autre; il agira directement sur un récepteur ou à travers un métabolite. Il aura une réponse dose dépendante ou pas et il aura un effet agoniste ou antagoniste sur une autre molécule ou pas : il s'agit là de la toxicodynamie d'un xénobiotique.

Enfin le xénobiotique agira selon un mécanisme particulier au niveau tissulaire et cellulaire.

2.1. TOXICOCINÉTIQUE

Cette étude reprend les principes de modélisation pharmacocinétique relative aux médicaments.

Tout xénobiotique passera obligatoirement par quatre phases dans le corps dont la vitesse et les intervenants seront différents selon la molécule en question et sa voie d'abord.

- a. **L'absorption** : Elle correspond au processus de passage de la molécule du site de contact avec l'organisme jusque dans la circulation sanguine. Ce premier site de contact peut être une muqueuse (digestive, cutanée, respiratoire, oculaire, rectale...) ou directement au niveau du milieu intérieur (injection intra veineuse, intra musculaire, sous-cutané). La molécule peut avoir un effet direct sur le point de contact (substance caustique...), elle peut avoir un effet indirect par réaction allergique ou la traverser pour passer dans l'organisme.
- b. **La distribution** : Une fois absorbé, le xénobiotique va se distribuer vers les différents liquides puis les tissus solides de l'organisme (selon son hydrophile, sa lipophile...). Les molécules peuvent se dissoudre dans le plasma. Elles peuvent se lier aux protéines plasmatiques. Elles peuvent se lier à la membrane cellulaire ou pénétrer dans le cytoplasme des éléments figurés du sang (exemple : du monoxyde de carbone). Ils peuvent aussi être métabolisés au niveau sanguin (exemple : héroïne, Prazépam).
- c. **Le métabolisme** : Une fois le xénobiotique distribué, il peut être éliminé ou stocké dans sa forme inchangée. Très souvent, il est sujet à des transformations chimiques essentiellement au niveau hépatique. Ce métabolisme est le souvent le produit de l'action de biotransformation ou d'époxydation par des cytochromes (CYP) (l'étude de la variation interpersonnelle de cette action définit la toxico-génétique). Les molécules peuvent aussi être sujettes à un métabolisme oxydatif, des conjugaisons, des hydrolyses, des méthylations, acétylations...
- d. **L'élimination** : Les xénobiotiques et leurs métabolismes sont éliminés de l'organisme généralement par voie rénale (urinaire) ou digestive (fécale). Pour certains d'entre eux, on peut constater une élimination respiratoire, dans la sueur, la salive, les phanères.
- e. **La redistribution post mortem** : Il s'agit d'un ensemble de phénomènes, inconstants, secondaires à des modifications post-mortem (notamment la modification du pH sanguin et les processus de décomposition du corps) dont le résultat est un mouvement « anormal » du xénobiotique pouvant fausser les résultats des analyses toxicologiques.

La distribution peut se faire par contiguïté par diffusion passive à travers i. la muqueuse gastrique (exemple : l'éthanol), ii. Les poumons (surtout pour les toxiques volatils ou par inhalation agonique), iii. Le myocarde (toxiques à tropisme cardiaque) amplifiant les concentrations sanguines du toxique.

Il peut aussi s'agir carrément d'une synthèse post mortem du toxique (exemple : synthèse de l'éthanol dans le sang à partir de substrat carbohydrates par les bactéries lors du processus de putréfaction) nécessitant des dosages couplés afin de différencier la quantité présente avant le décès et la quantité synthétisée en post-mortem.

2.2 TOXICODYNAMIE

Il s'agit du résultat de l'interaction entre le xénobiotique et son récepteur. Elle dépend de facteurs multiples dont notamment la nature du récepteur et la cinétique de liaison entre la substance et le récepteur. La toxicodynamie s'intéresse aussi à la relation « dose ingérée / effet physiologique » ainsi qu'aux interactions entre différentes substances (effets agonistes, antagonistes ou inhibiteurs).

Les récepteurs peuvent être de tout type (des protéines, l'acide nucléique, des lipides surtout membranaires). Les récepteurs peuvent être spécifiques ou non. L'effet observé peut être secondaire à un effet direct (exemple : effet cancérogène par altération directe de l'ADN) ou à un effet sur une fonction par l'association du couple ligand/récepteur (exemple : association de la morphine aux récepteurs à enképhaline).

2.3. MÉCANISME D'ACTION

On distingue schématiquement :

A. TOXIQUES NÉCROSANTS

Ces toxiques provoquent une destruction protoplasmique causant une brûlure chimique et nécrose cellulaire.

Ex : acides et bases fortes, oxydants, arsenic, chlorure de mercure

B. TOXIQUES CYTOTOXIQUES

Ces toxiques agissent sur certains éléments des cellules aboutissant à une cytolysse et à une mort cellulaire.

Ex : arsenic, amanite, phalloïde, teinture de cheveux (paraphénylène diamine), phosphine...

C. TOXIQUES FONCTIONNELS

Ces toxiques n'altèrent pas les structures cellulaires comme les précédents, mais bloquent certaines fonctions indispensables à la vie de la cellule. L'élimination rapide du toxique laisse un tissu normal. Alors qu'une intoxication mineure sans thérapeutique peut entraîner la mort. Ex : CO, alcool...

3. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif repose sur la conjonction de plusieurs éléments anamnestiques (recueil des commémoratifs des personnes ayant assisté au décès), autopsiques et surtout paracliniques (notamment l'expertise toxicologique).

3.1. LES COMMÉMORATIFS

Le recueil des commémoratifs repose sur les données de l'interrogatoire des proches et les données de l'enquête policière. Il est important de se renseigner à l'anamnèse sur :

- les antécédents de pathologies psychiatriques, cardiaques, néoplasiques...
- la notion et nature du traitement médical;
- la nature du travail et l'utilisation de certains toxiques;
- L'existence de situations ou de pathologies pouvant évoquer un passage à l'acte suicidaire.
- Les antécédents de conduites addictives aux stupéfiants ou à d'autres drogues.
- Les manifestations que la personne a présentées avant d'être retrouvée (vomissements, dyspnée, écume mousseuse bucco-narinaire...)
- Circonstances de découverte :
 - Dernier contact vivant
 - Lieu, date et heure
 - La présence d'autres cas de décès ou de sujets encore vivants sur les lieux;
- Notion d'intervention médicale notamment des points d'injection et leur localisation.

3.2. LA LEVÉE DE CORPS EN CAS D'EXAMEN DU CORPS SUR LES LIEUX

Il s'agit de l'examen du cadavre en place et sur place avec examen minutieux des lieux. L'examen externe d'une victime d'intoxication est souvent pauvre et ce sont des éléments de l'environnement qui orientent vers une origine toxique.

Lors de l'examen d'une personne comateuse ou d'un décès chez qui on suspecte une origine toxique, il est important de rechercher :

- À l'examen des lieux :
 - Des signes de désordre du local, des signes de mauvais état d'hygiène général;
 - Matériel utilisé généralement par des consommateurs de drogues (cupules, briquet, cuillère brûlée, seringues, aiguilles...);

- la présence d'emballages de médicaments vides, traces de poudres;
 - bouteilles d'alcool vides;
 - Une lettre d'adieu;
 - présence de plusieurs corps décédés, d'animaux domestiques morts, appareil de chauffage à gaz ou à charbon avec un local mal aéré;
 - En cas de décès sur le lieu du travail, la connaissance précise des produits manipulés est importante.
- À l'examen du corps :
 - Un myosis bilatéral (en tête d'épingle), reste un signe fortement évocateur de certaines intoxications, mais à relativiser du fait de la rigidité cadavérique pouvant toucher le muscle iridocyclique.
 - Des traces d'injections récentes.
 - Des cordons veineux correspondant à des veinites anciennes à l'origine d'un épaissement des trajets veineux à rechercher au niveau des membres supérieurs, mais aussi au dos de la verge, des faces dorsales des pieds et des faces médiales des cuisses.
 - Des lésions d'ulcération cutanées pouvant évoquer des abcès ou des infections au niveau de points d'injections.
 - Des signes d'œdème aigu du poumon (sécrétions spumeuses bucco-narinales, dyspnée si le sujet est vivant).
 - Un syndrome asphyxique d'intensité variable (cyanose, des pétéchies, œdème des parties molles...)
 - Des traces de poudre nasale.
 - Des lésions de la cloison nasale
 - L'absence de tout signe évoquant une étiologie précise doit faire évoquer une étiologie toxique.

3.3. L'AUTOPSIE

Contrairement aux morts violentes traumatiques où l'autopsie peut permettre de déterminer la cause de la mort dès l'étape autopsique, l'autopsie en cas de mort toxique (mort secondaire aux effets pharmacologiques d'une substance) ne permet qu'exceptionnellement le diagnostic par elle-même.

Elle peut orienter vers l'origine toxique sur des éléments non spécifiques :

- Un syndrome asphyxique non spécifique d'une cause particulière de décès et d'intensité variable : œdème cérébral, un œdème pulmonaire, une congestion intense des viscères, des pétéchies à sous-pleurales et sous-épicaudiques (dites Taches de Tardieu)
- Un contenu gastrique contenant des grumeaux de comprimés ou des restes d'une substance à odeur particulière (odeur alliacée évocatrice de pesticide, odeur vineuse évocatrice d'éthanol...)
- Une coloration particulière des lividités cadavériques et/ou des viscères (rouge cochenille évoquant une intoxication au CO, bleue verdâtre évoquant une intoxication par l'hydrogène sulfuré).
- un aspect ulcéré ou nécrotique de la muqueuse œsophagienne ou gastrique en cas d'ingestion de caustiques;

3.4. LES PRÉLÈVEMENTS TOXICOLOGIQUES

De plus en plus, le diagnostic d'intoxication en général et de mort toxique en particulier devient un diagnostic de laboratoire basé sur les résultats des différentes analyses. Le toxicologue peut utiliser différentes matrices biologiques les plus conventionnelles étant le sang et les urines (le contenu gastrique l'est aussi pour les sujets autopsiés). Cependant dans des situations particulières (catastrophe de masse, putréfaction avancée, carbonisation, manœuvre de dépeçage...) l'utilisation d'autres matrices alternatives peut trouver tout son intérêt (cheveux, ongles, viscères, bile, humeur vitrée, liquide de putréfaction, larves d'insectes nécrophages...).

La toxicologie médico-légale a comme objectif non pas seulement de démontrer que le sujet a consommé une substance particulière, mais aussi

- De préciser si la dose consommée atteint ou dépasse la dose thérapeutique (s'il s'agit d'un D), la dose toxique ou la dose létale.
- De démontrer si la victime était encore sous l'action de la substance ou s'il était déjà en phase d'élimination (en comparant les concentrations sanguines et les concentrations urinaires/biliaires).
- De démontrer si le sujet est habitué à la consommation de la substance ou s'il s'agissait d'une prise unique en étudiant les concentrations dans les matrices biologiques cumulatives (cheveux et ongles).

3.4.1 LES MATRICES BIOLOGIQUES

A- Matrices conventionnelles

a/ le sang : c'est la matrice biologique la plus importante. Le seul prélèvement autopsique pour lequel les résultats quantitatifs sont interprétables et donc permettant d'apprécier l'imputabilité du toxique quant à la survenue du décès. Il est impératif de recueillir du sang périphérique fémoral et du sang cardiaque. Le sang cardiaque servira aux dosages qualitatifs et le sang fémoral (périphérique) servira aux dosages quantitatifs.

b/ urines : permet une recherche qualitative rapide des principales classes de médicaments et de stupéfiants, oriente le

choix de la technique d'extraction et d'analyse dans le sang et permet le dépistage d'une consommation semi-récente (2 à 5 jours). L'identification de la substance mère ou de ses métabolites apporte un élément précieux quant au moment de la dernière prise.

c/ contenu gastrique : il faut noter le volume et s'il y a une odeur particulière. Le prélèvement se fait dans un flacon en plastique sans conservateur. Il présente plusieurs avantages :

- permet parfois de retrouver le produit recherché non métabolisé (pesticides), des grumeaux ou des comprimés entiers (à isoler rapidement, sécher et conserver dans un tube sec);
- capital lors des intoxications par les produits ménagers;
- conclure sur la voie d'accès du toxique. Si le produit est présent dans l'estomac, on saura qu'il a été ingéré ou sniffé.
- indications concernant le délai entre la prise du produit et le décès.

d/ humeur vitrée : intéressant en l'absence du sang. Prélevable jusqu'à 2 à 4 jours après le décès. Il est intéressant dans les dosages de l'alcool. Étant protégé des contaminations bactériennes et fongiques ce qui aide à différencier l'alcool endogène de l'alcool exogène. Le rapport de concentration en éthanol par rapport au sang est sensiblement constant.

e/ cheveux : permet d'établir un calendrier rétrospectif d'exposition à un xénobiotique (1 cm = 1 mois). Le prélèvement se fait au niveau du vertex postérieur. Une mèche de 80 cheveux (diamètre d'un crayon), coupés le plus près de la peau, est suffisante. La conservation se fait dans une enveloppe à température ambiante. L'interprétation des résultats doit être prudente, car il existe plusieurs biais comme la difficulté de distinguer entre consommation et exposition environnementale, l'influence de la pigmentation des cheveux et des traitements cosmétiques, la différence dans la vitesse de croissance des cheveux et le problème de diffusion le long du cheveu.

B- Matrices alternatives

c/ bile : utile en cas d'absence de sang et d'urines ou en cas de cadavre putréfié. Le dépistage des stupéfiants (notamment l'héroïne) est possible sur la bile.

d/ viscères : 20 gr de chaque principaux organes (foie, poumon, myocarde, rein, encéphale). Utilisés en cas d'absence de tous liquides biologiques (corps exsangues, carbonisés, putréfiés). Le poumon est l'organe de choix pour mettre en évidence les toxiques volatils et les toxiques inhalés ne traversent pas la membrane alvéolaire (ne peuvent pas être détectés dans le sang). Le muscle est utilisé lors des intoxications au CO (en l'absence de sang) pour dosage de la carboxymyoglobine qui oriente vers une exposition du sujet de son vivant à une ambiance riche en CO.

e/ écouvillonnage naso-pharyngé en cas d'absorption du toxique par le nez (sniffing).

f/ liquide de putréfaction dans les gouttières pleurales et la cavité abdominale en l'absence d'autres matrices biologiques fluides.

3.4.2. STRATÉGIE ANALYTIQUE

En pratique, l'analyse du sang, des urines et des cheveux est complémentaire. La prise ponctuelle du toxique est retrouvée dans le sang (entre 6 et 24 heures), la consommation semi-récente dans les urines (2 à 4 jours) et l'usage chronique est mise en évidence au niveau des cheveux.

La stratégie analytique s'effectue en couplant une méthode de dépistage à une méthode de confirmation et de dosage.

Généralement les méthodes de dépistage sont basées sur des réactions immuno-enzymatique (ELISA, FPIA, EMIT, KIMS...) à forte sensibilité (mais parfois à faible spécificité) pour conclure que le sujet a bien consommé la substance en question. Il peut s'agir de kit utilisable sur site par des agents de police lors de contrôle routiers (Alcotest, kit de dépistage urinaire de cannabis...) ou d'automates présents dans les laboratoires de toxicologie.

Les méthodes de confirmation sont généralement des méthodes chromatographiques en phase gazeuse (GC) ou en phase liquide (LC), couplées à différents types de détecteurs notamment à ionisation de flamme (FID) très spécifique pour doser les alcools; ou en spectrométrie de masse (MS) encore plus spécifique pour doser toutes sortes de molécules à de très faibles quantités.

Ces dernières méthodes permettent de conclure avec un grand degré de certitude sur la nature exacte de la molécule ainsi que sur sa concentration dans le milieu analysé et de se prononcer sur son influence sur la personne sujette à l'analyse.

Dans tous ces cas, le médecin doit être prudent dans l'interprétation des résultats et l'imputabilité de la mort à la cause toxique.

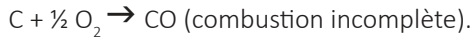
4. DIAGNOSTICS ÉTIOLOGIQUES

Les intoxications (mortelles ou pas) sont diverses. Nous passons en revue dans ce chapitre les principales substances rencontrées en Tunisie.

4.1. INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz inodore, incolore et insipide, non irritant, non suffocant, inflammable partiellement détonant de densité proche de l'air égale à 0,967 (d'où sa grande diffusibilité). Le CO possède un grand pouvoir réducteur des sels métalliques d'où la liaison avec le fer de l'hémoglobine et d'autres pigments (myoglobine) ou enzymes (cytochromes, catalases...) avec une capacité de solubilisation multipliée par dix dans le sang.

Le CO provient de la combustion incomplète des matières organiques carboniques



Le CO peut provenir de sources diverses notamment

• DU CO EXOGÈNE :

- **Des sources domestiques** : les plus pourvoyeuses des intoxications accidentelles à l'oxyde de carbone. Il s'agit d'appareils de chauffage défectueux, ou de fissures ou d'obstruction des conduits de fumée ou de contusion incomplète d'un gaz de chauffage dans une atmosphère confinée souvent saturée en vapeur d'eau (chauffe-eau pour les douches, le bain, la vaisselle, la lessive...) ex : méthane ($CH_4 + 3/2 O_2 \rightarrow CO + 2H_2O$)

Une source bien spécifique de chez nous : le brasero ou « kanoun » où le gaz carbonique (CO_2) est réduit en oxyde de carbone (CO) au contact du charbon inconscient. Quelques cas sont dus aux gaz d'échappement des moteurs à essence surtout en cas de mauvais réglage. L'usage du tabac est lui aussi incriminé dans la mesure où la combustion d'une cigarette peut dégager jusqu'à 25 ml de CO. Ceci est nocif non seulement pour le fumeur qui inhale, mais également pour les non-fumeurs qui respirent dans la même pièce surtout si elle est mal aérée.

- **Les sources industrielles** : les industries de charbonnage, les industries métallurgiques et les industries chimiques et les raffineries de pétrole.

- **Les sources naturelles** : le gaz des volcans et la dégradation des composés organiques tels le méthane (gaz des marais) contribue à entretenir la présence de très faibles teneurs atmosphériques en CO. Par ailleurs, la germination des végétaux des algues et de micro-organismes marins ainsi que la fermentation des silos et des égouts sont également responsables d'un dégagement de CO.

• DU CO NATUREL ENDOGÈNE

Il s'agit d'une quantité synthétisée à ne pas négliger. Elle résulte du catabolisme de l'hème par dégradation du noyau tétrapyrrolique. Elle est responsable de la production de 0,4 ml de CO par heure.

En pratique, certains chiffres méritent d'être retenus :

- * Le gaz d'échappement des moteurs à explosion contient de 0,1 à 8 % de CO ;
- * Le gaz des hauts fourreaux contient de 25 à 30 % de CO ;
- * Le gaz à l'eau obtenu par passage de vapeur d'eau sur du charbon incandescent contient 30 à 35 % de CO ($C + H_2O \rightarrow CO + H_2$) c'est le « Kanoun » dans la salle de bain contient 30 à 35 % de CO.

a- Physiopathologie

Le CO diffuse librement dans l'air et a une affinité très grande pour les sites biologiques contenant du cuivre ou du fer. Il entre en compétition avec l'oxygène lors de sa fixation sur ces sites. L'hémoglobine est un site de fixation majeur pour le CO, qui a une affinité 240 à 250 fois plus grande pour l'hème que l'oxygène.

Le CO réagit avec plusieurs hémoprotéines dont principalement l'hémoglobine, la myoglobine et le cytochrome c-oxydase.

- Action sur l'hémoglobine

Le complexe hémoglobine/CO est très stable et devient incapable de transporter de l'oxygène. Ceci aboutit à une hypoxie puis à une anoxie tissulaire avec augmentation de l'affinité de l'hémoglobine à l'oxygène réduisant la distribution tissulaire de l'oxygène et aggravant cette anoxie cellulaire.

- Action sur la myoglobine

La myoglobine présente un rôle de stockage de l'oxygène dans les muscles lui permettant de faciliter sa diffusion au niveau des cellules musculaires striées et cardiaques. La myoglobine présente une affinité au CO 40 fois plus élevée qu'à l'oxygène. La formation du complexe Myoglobine/CO va diminuer l'oxygénation des tissus musculaires aggravant les effets de l'anoxie générale. Au niveau du cœur, elle entraîne une diminution du débit cardiaque.

- Action sur les cytochromes A3 (CYA3)

La combinaison du CO à la CYA3 bloque la chaîne respiratoire mitochondriale et favorise le métabolisme anaérobie aggravant l'anoxie cellulaire.

- Action sur les cytochromes P450 (CYP450)

Le CO se lie à l'hème des CYP450 réduisant le métabolisme des xénobiotiques.

- Action sur le stress oxydatif

Le blocage de la chaîne respiratoire mitochondriale par le CO est à l'origine de l'augmentation des radicaux libres de m'oxygène ce qui induit un stress oxydatif responsable surtout de lésions directes des cellules cérébrales qui va s'associer aux lésions post-anoxiques.

b- Diagnostic positif

Les commémoratifs :

Décès survenant avec une prédominance hivernale

Notion de matériel de chauffage à proximité du lieu de découverte du corps; une notion d'intoxication collective; existence d'un montage suspect (sortie d'échappement, matériel défectueux...); l'état d'aération des lieux; présence d'indice pouvant évoquer une douche récente; délai entre la dernière fois vu vivant et la date de découverte...

La levée de corps :

Si elle est effectuée sur les lieux, il faudra examiner l'architecture des lieux ainsi que leur état d'aération, rechercher une source de chauffage à proximité et surtout doser le CO atmosphérique (dosage effectué par absorption dans l'infrarouge).

L'examen du corps s'efforcera d'éliminer toute lésion traumatique externe pouvant expliquer le décès, de constater un syndrome asphyxique non spécifique, et surtout la coloration **rouge cochenille** des lividités cadavériques et des muqueuses fortement évocatrices d'intoxication au CO.

Autopsie :

Permettra d'éliminer une cause traumatique ou médicale du décès. Elle permettra d'objectiver des signes d'un syndrome asphyxique non spécifique, une coloration rouge cochenille (ou rouge carmin) des muscles, des muqueuses et du sang et une congestion rosée des méninges donnant un cerveau dit d'aspect orthentia (par rapport à sa coloration).

Analyse toxicologique :

Le diagnostic positif est un diagnostic de laboratoire basé sur le dosage de la fraction de HbCO dans le sang par rapport aux autres formes d'hémoglobine, dosée par spectrophotométrie. Schématiquement la dose létale correspond à 66 % d'HBCO.

Il est possible de doser le taux de CO global dans le sang (la forme associée à l'Hb et la forme circulante) par GC/MS en mmol/ml de sang. Ce test est plus fidèle, mais nécessite une technique très difficile et onéreuse.

Un screening toxicologique complet (recherche de substances psychoactives) est souhaitable afin de détecter des situations associées qui auraient pu favoriser l'intoxication.

4.2. INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES

4.2.1. INTOXICATIONS AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les médicaments psychotropes sont des médicaments caractérisés par leur action sur le système nerveux central.

Les intoxications par les psychotropes sont largement représentées dans les suicides médicamenteux (52 %) avec une nette prédominance féminine avec souvent une étiologie poly médicamenteuse (3 femmes pour un homme).

Les principales familles de médicaments rencontrés sont :

- Les benzodiazépines et Benzodiazépines-like
- Les opiacés/opioides licites : Morphine, Codéine, buprénorphine (Subutex®, Temgesic®), pholcodine, Tramadol
- Les barbituriques
- Les médicaments antidépresseurs
- Les médicaments neuroleptiques
 - Phénothiazine
 - Benzamides
 - Thioxanthes
 - Composés de structure originelle : Loxapine (Lexopac®), Clozapine (Leponex®) et Risperidone (Risperdal®).
- Les carbamates

Ces médicaments sont de natures chimiques différentes et agissent au niveau du cerveau à des régions et des neurotransmetteurs différents. Néanmoins, elles ont en commun un effet inhibiteur sur le cerveau souvent associé à une toxicité cardiaque (antidépresseurs tricycliques). En l'absence de traitement, les victimes d'intoxications par ces médicaments vont présenter des comas et des dépressions respiratoires d'origine centrale.

En plus des constatations générales déjà décrites le diagnostic peut se baser sur

a/ commémoratifs : Notion de prise des médicaments suspectés par le sujet décédé ou un membre de sa famille.

b/ Levée de corps : Emballages et blisters de comprimés vides sur les lieux de découverte du corps. Une mention spéciale pour la Buprénorphine haut dosage (Subutex) dont l'usage est détourné de la voie orale vers la voie injectée d'où l'intérêt de rechercher des seringues usagées et autres matériels d'usage par les toxicomanes.

c/ L'examen externe du corps et l'autopsie : montrent peu de signes spécifiques. Autres les signes déjà décrits, l'absence d'autre cause de décès notamment traumatique reste l'intérêt principal de l'autopsie.

4.2.2. INTOXICATIONS AUX MÉDICAMENTS NON PSYCHOTROPES

Les substances utilisées sont très diversifiées avec notamment les médicaments cardiotropes, les antidiabétiques oraux, le paracétamol et de moins en moins l'acide acétylsalicylique.

Les mécanismes physiopathologiques sont divers selon le produit et il est à noter la fréquence des poly intoxication avec intrication des mécanismes. Le diagnostic positif repose sur l'autopsie accompagnée d'analyses toxicologiques.

4.3. DÉCÈS PAR CONSOMMATION DE STUPÉFIANTS ET PRODUITS ILLICITES

Les substances sont diversifiées faisant intervenir de nombreuses substances comme les médicaments détournés de leur usage, des produits narcotiques non médicamenteux.

Les signes cliniques et les lésions observées dépendent de la nature du produit, de la dose et la voie d'administration. On les classe selon leur effet clinique en psychostimulant, psychodépresseur et hallucinogène.

Certains produits entraînent une dépression respiratoire (médicaments hypnotiques, opiacés, barbituriques...), d'autres des troubles cardiaques à type de fibrillation ventriculaire ou infarctus du myocarde (amphétamines, cocaïne...). Le décès est la conséquence ultime de ces troubles observés en cas d'overdose (accidentelle) ou de suicide.

Le diagnostic positif est similaire aux décès secondaires à des intoxications par des médicaments psychotropes.

4.4. INTOXICATION AUX PESTICIDES

Les pesticides sont une famille très large dont l'utilisation est importante notamment en milieu agricole, industriel, mais aussi domestique pour la dératisation ou comme insecticide.

L'intoxication aux pesticides souvent accidentelle peut être à visée criminelle ou d'autolyse. Elles sont sévères pouvant être mortelles.

Les pesticides les plus rencontrés dans l'activité médico-légale tunisienne sont les substances organophosphorées (OP) (forme de description), mais aussi les carbamates, et les chloraloses.

A - INTOXICATION AUX OP

Il s'agit d'amides ou d'esters des acides phosphoriques, phosphonique, thiophosphoriques ou thiophosphonique. Ils sont généralement présentés sous forme de poudre ou de liquide. Certains OP sont utilisés à leur phase gazeuse (exemple le SARIN utilisé comme arme biologique). Les OP sont très lipophiles et peu hydrosolubles.

Physiopathologie

Les OP présentent une toxicité exclusivement neurologique.

Les organophosphorés présentent une liaison covalente à l'acétylcholinestérase (AChE) au niveau de son site estérasique qui va inhiber l'enzyme. L'enzyme devient phosphorylée. Le complexe est stable, mais encore réactivable soit spontanément (pour certains OP) ou moyennant des oximes (utilisés comme antidote). Les enzymes non réactivés sont sujettes à un vieillissement avec un réaménagement moléculaire de l'enzyme conduisant à sa destruction. Le retour à l'activité fonctionnelle n'aura lieu qu'après synthèse de nouvelles enzymes.

Des expositions faibles sans traduction clinique, mais répétées, peuvent progressivement effondrer les cholinestérases et les responsables de manifestations aiguës.

Les OP inhibent les AChE aboutissant à l'accumulation de l'acétylcholine (ACh) dans les synapses et les plaques motrices qui est responsable de tous les signes de ce type d'intoxication chez le vivant.

Les symptômes apparaissent quand 60 à 70 % des AChE sont inhibées; si l'exposition est chronique, les effets apparaissent si 85 – 90 % des AChE sont inhibés.

Les OP inhibent aussi les cholinestérases globulaires (ACG) présentes dans les globules rouges et les butyryl-cholinestérase ou pseudo-cholinestérase plasmatique (PCP) et des estérases hépatiques non spécifiques. Cette inhibition n'a aucune traduction clinique, mais permet le suivi biologique de l'intoxication.

Les OP affectent aussi une carboxy-estérase non spécifique présentes dans la myéline du cerveau et de la moelle épinière :

La neurotoxique estérase (NTE), responsable d'un syndrome neurotoxique retardé et dont le vieillissement est responsable d'une dégénérescence d'aval des axones par un mécanisme de dégénérescence wallérienne ou dying-back avec une démyélinisation secondaire.

Diagnostic positif

- Les commémoratifs :

Notion de propos ou de conduites suicidaires. La présence sur les lieux d'une bouteille contenant des restes d'un liquide ou d'une poudre évoquant un pesticide OP. Des signes cliniques précédents la mort décrits par la famille rappelant ceux d'une intoxication aiguë aux OP.

- La levée de corps :

Si elle est effectuée sur les lieux de découverte du corps, rechercher un contenant renfermant des restes d'un OP; des traces de vomissures.

À l'examen du corps, rechercher un myosis (signe non spécifique après le décès à cause de la rigidité cadavérique); un syndrome asphyxique non spécifique; des traces d'hypersécrétion sur les vêtements ou sur le corps (vomissures, diarrhée, hypersudation...), une odeur alliacée du corps.

- Autopsie :

Rechercher un syndrome asphyxique non spécifique; des traces de vomissures dans les voies aériennes supérieures; une anasarque; une stéatose hépatique; un contenu gastrique renfermant une substance à couleur et/ou à odeur alliacée évoquant une substance OP.

- Examens complémentaires :

La mesure de l'activité cholinestérasique totale et globulaire peut permettre d'évoquer une intoxication aux OP. Il s'agit d'un examen très discutable en post mortem à cause des modifications post-mortem notamment l'hémolyse et les phénomènes putréfactifs.

Les méthodes séparatives chromatographiques sont l'examen de référence pour confirmer le diagnostic. En dosant, doser les OP et leurs métabolites dans le sang ou les urines posant avec certitude le diagnostic.

B- CARBAMATES

Ces insecticides sont des inhibiteurs cholinestérasiques qui ont le même mécanisme d'action que les EOP, mais leur fixation sur les cholinestérases est beaucoup moins stable ce qui permet la régénération spontanée des cholinestérases par hydrolyse. De ce fait, leurs toxicités sont de loin inférieures à celle des EOP.

C- CHLORALOSE

Utilisé comme raticide en milieu agricole et dans les maisons. La dose létale est environ 10 gr. La mort dans ce cas est généralement la conséquence des troubles respiratoires à type de dépression centrale et d'hypersécrétion trachéobronchique.

D- ORGANOCHLORÉS

Remplacés de plus en plus par les EOP. Sont des inhibiteurs des enzymes du système nerveux central et inducteurs enzymatiques au niveau du foie. Ils entraînent des troubles digestifs et neurologiques sévères avec une acidose métabolique. À partir de 20 gr l'intoxication est mortelle est secondaire essentiellement à une détresse respiratoire.

Le diagnostic positif de la mort par ces trois derniers pesticides est similaire aux esters organophosphorés excepté le dosage de l'activité cholinestérasique qui moins fiable.

4.5. INTOXICATIONS AUX PRODUITS MÉNAGERS

Les intoxications aiguës par les produits ménagers sont fréquentes et de gravité très variable.

Il s'agit de substances très diverses, nombreuses et de toxicité variable. Ces produits peuvent être moussants, moussants et irritants, irritants ou caustiques.

Les produits caustiques déterminent des brûlures du tube digestif dont l'étendue et la sévérité dépendent de la nature même du produit, de la quantité et de la concentration du produit ingéré. Ainsi, on distingue schématiquement :

- Les acides concentrés produisent une nécrose de coagulation de la paroi du tube digestif.
- Les bases concentrées provoquent une nécrose liquéfiante avec saponification des lipides et des protéines de la paroi.

Les lésions observées sont à type d'abrasion muqueuse, d'œdème, d'ulcération, de nécrose avec parfois une perforation.

À côté de ces lésions locales, les brûlures caustiques sévères sont responsables de manifestations générales graves :

- Un état de choc essentiellement hypovolémique par fuite plasmatique et constitution d'un 3^e secteur.
- Des troubles de l'équilibre acido-basique après ingestion d'acide fort concentré.
- Des troubles de l'hémostase conséquence d'un syndrome de consommation des facteurs de coagulation.

Le décès peut être précoce (lié à la gravité de ces troubles initiaux) ou tardif en rapport avec la dénutrition, la cachexie et les complications infectieuses.

Généralement le contexte est très évocateur (accident domestique, accident sur les lieux de travail, suicide...).

- **Les commémoratifs** : Notion de produit mis dans un emballage différent, notion de propos suicidaires, notion de travail exposé à un de ces produits, notion d'hospitalisation pour des brûlures caustiques digestive/cutanée...

- **La levée de corps** : Rechercher des emballages contenant des restes du produit.

- **Autopsie** : Rechercher des traînées de brûlures cutanées caustiques en péri-buccal, en cervical (ou au niveau du tronc en cas de chute d'un contenant sur le corps). Rechercher des brûlures caustiques orolaryngées, œsophagiennes et/ou gastriques. Rechercher des ruptures des structures médiastinales, ou abdominales.

- **Examens complémentaires** :

La mise en évidence des lésions de brûlures caustiques est très évocatrice. Ces brûlures peuvent être confirmées par les examens anatomopathologiques. En cas de besoin la recherche des produits peut être effectuée par les méthodes chromatographiques.

4.6. INTOXICATIONS ALCOOLIQUES

Le diagnostic de décès par intoxication mortelle à l'éthanol est très difficile, ce type d'intoxication étant le plus souvent un facteur de co-mortalité plutôt que la cause même de la mort. Il peut aussi s'agir d'une intoxication par le méthanol (Alcool de bois, alcool à brûler) et dont la toxicité est surtout liée à son métabolite l'acide formique.

Le diagnostic positif se base sur

- **Les commémoratifs** : relatent souvent un contexte de grande alcoolisation (fête, pari...), notion de restes de bouteilles vides en grand nombre, des signes de grande ivresse devant des témoins, l'absence de notion de traumatisme ou d'autres signes inhabituels pour ce type d'intoxication (douleurs précordiales, myosis...).

- **La levée de corps** : Traces de vomissures, d'incontinence ; éliminer la présence de lésions traumatiques.

- **Autopsie** : Un syndrome asphyxique non spécifique ; un syndrome de Mendelson (inhalation trachéale de vomissures). Il faudra surtout éliminer formellement toute autre lésion traumatique ou naturelle pouvant causer la mort.

- **Examens complémentaires** : Le dosage d'alcool se fait sur le sang total, idéalement sur le sang périphérique à cause de la grande possibilité de phénomènes de distribution post-mortem de l'alcool dans le sang cardiaque.

Le dosage peut aussi se faire dans les urines, le contenu gastrique. Les méthodes enzymatiques ne sont pas préconisées pour l'usage médico-légal vu leur faible spécificité et les risques d'interférence avec les autres alcools et le glycol.

La méthode de référence en Tunisie est la méthode de CORDEBARD. La méthode de référence en France (et la majorité des pays européens et américains) est la chromatographie en phase gazeuse.

La mort peut être imputable à l'intoxication alcoolique en cas de l'absence de toute autre cause évidente du décès avec des alcoolémies ≥ 5 g/l.

4.7. AUTRES PRODUITS

4.7.1. HYDROGÈNE SULFURÉ

C'est un gaz toxique incolore qui se forme par décomposition des matériaux organiques. Il existe dans les égouts à des concentrations relativement importantes.

Ce gaz pénètre dans l'organisme par voie respiratoire et entraîne dans les intoxications aiguës un œdème pulmonaire lésionnel et une encéphalopathie avec hypoxie cérébrale sévère. Le décès est généralement rapide.

4.7.2. LA PARAPHÉNYLÈNE DIAMINE : PPD

Elle se présente sous forme d'une roche gris blanchâtre cristalline. Utilisée comme un colorant de cheveux. Elle exerce une action directe sur le cœur, les reins et les muscles striés et entraîne une réaction immunoallergique importante.

L'examen et l'autopsie mettent en évidence un œdème cervico-facial, des traces de poudre noire au niveau des mains et la bouche, un œdème laryngo-pharyngé, poudre noire dans l'estomac et des urines noirâtres (en huile de machine).

4.7.3. LES SOLVANTS

Il s'agit le plus souvent de produits destinés à un usage industriel, mais ayant une action psycholeptique (dépressives du système nerveux central). Il faut citer les solvants volatils tels :

- **Le trichloréthylène (qui entre d'ailleurs dans la composition de certaines colles)**
- **Le nitrite d'amyle**

- Les vapeurs d'essence de voiture
- Les dissolvants à base d'acétone
- Les diluants de peinture ou de vernis
- Les gaz propulseurs contenus dans les bombes aérosol sous forme liquéfiée.

Notons que l'usage de ces produits connaît actuellement une extension spectaculaire notamment dans les milieux scolaires, le but poursuivi étant un état de pseudo ébriété conséquence de l'effet narcotique de ces produits. Néanmoins, et dans le cas particulier du trichloréthylène, le surdosage conduit à un coma plus ou moins profond avec anesthésie cornéenne (tropisme particulier du trichloréthylène pour les nerfs crâniens et en particulier le trijumeau) et accompagné parfois d'épisodes convulsifs favorisant les troubles respiratoires et cardiaques où l'hyperexcitabilité myocardique est une des principales complications d'évolutions d'évolution parfois mortelle dans le cadre du «Sudden sniffing death syndrome» des Anglo-saxons.

Ce syndrome évolue en trois phases successives :

- inhalation de solvant
- une période d'hyperactivité ou de stress émotionnel
- et un décès subit.

5. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

5.1. MORT NATURELLE

Il peut s'agir d'une mort d'origine naturelle, comme il peut s'agir d'une mort secondaire à une cause organique, mais décompensée par un toxique auquel cas il faudra alors déterminer le lien de causalité entre la lésion organique, la substance observée et le décès.

Nous citons l'exemple d'une lésion ischémique du myocarde chez une personne victime d'une intoxication au monoxyde de carbone.

En cas de découverte de traces d'injection sur le corps, il faudra d'abord éliminer l'existence d'une intervention médicale avant de rattacher le point d'injection à l'injection d'un toxique.

5.2. MORT TRAUMATIQUE

Dans cette situation aussi, il faudra vérifier si le toxique n'a pas joué un facteur de co-mortalité en favorisant un traumatisme routier ou une chute par exemple.

1. DIAGNOSTIC DE LA FORME MÉDICO-LÉGALE

1.1. Criminelle

Cette forme reste rare. L'agresseur aura tendance à utiliser une substance incolore, inodore et avec un effet toxique rapide et puissant. Le diagnostic de cette forme ML est plus difficile, mais l'enquête judiciaire peut être orientée par les résultats de l'autopsie et des examens toxicologiques.

1.2. Suicidaire

Il s'agit de la forme médico-légale la plus fréquente dans les intoxications médicamenteuses et celles par des pesticides. L'anamnèse retrouve souvent des antécédents psychiatriques ou de tentatives de suicide. Lors de la levée de corps et en faveur de l'intoxication volontaire est l'ordre des lieux, la présence près du corps d'une lettre d'adieu et/ou d'emballages de médicaments vides.

Dans pays occidentaux, les suicides par le monoxyde de carbone sont plus fréquemment observés. La victime utilise un montage dans lequel il existe une source de CO associée à un confinement plus ou moins élaboré. L'exemple type est celui d'une victime retrouvée décédée dans sa voiture, le pot d'échappement étant raccordé à l'habitacle par un tuyau.

1.3. Accidentelle

Elle reste la forme médico-légale la plus fréquente en cas de décès par le monoxyde de carbone. Dans ce cas, il s'agit essentiellement de décès survenus dans un domicile contenant des chauffages rudimentaires ou défectueux. Ces intoxications surviennent surtout en période hivernale. Il peut s'agir de décès collectifs avec parfois des animaux domestiques morts.

Les intoxications par les produits ménagers et les pesticides chez les enfants ou dans des milieux professionnels peuvent être accidentels surtout pour des produits transvasés dans des emballages non conformes.

Les intoxications alcooliques et par des stupéfiants sont souvent accidentelles par surdosage (overdose).

7. CONCLUSION

La mort toxique reste un diagnostic difficile à poser par le simple examen externe du corps.

Le médecin doit toujours avoir à l'esprit l'hypothèse toxique devant des signes cliniques généraux et souvent sévères. Mais, il doit aussi garder à l'esprit qu'une mort toxique est une mort violente indiquant une autopsie médico-légale.

Le diagnostic positif d'intoxication est multidisciplinaire nécessitant une collaboration entre le médecin traitant, le médecin légiste (en cas de décès) et le toxicologue analyste afin d'adapter les stratégies analytiques et d'utiliser les bonnes méthodes.

CONCEPTS CLÉS

- Le recueil des commémoratifs est un élément clé dans l'orientation diagnostique de la mort toxique.
- L'examen du corps et l'autopsie ne peuvent pas à eux seuls confirmer le diagnostic de mort toxique.
- Le diagnostic de mort subite repose sur les analyses toxicologiques dont les résultats dépendent de la qualité des prélèvements
- Le médecin suspectant le diagnostic de mort toxique doit opposer l'obstacle médico-légal à l'inhumation et demander une autopsie médico-légale.
- Le diagnostic de la forme médico-légale de la mort toxique ne peut être établi que par les données de l'enquête judiciaire.

EVALUATION FORMATIVE

Vous êtes médecin installé en libre pratique. Vous êtes appelés par un jeune homme qui vient de découvrir les corps inanimés de ses parents dans le studio où ils vivent. Vous vous déplacez et vous trouvez un studio formé de deux pièces et une salle d'eau, ayant une seule fenêtre qui est fermée. Le corps de la mère est allongé sur le lit, rigide. À côté du lit, il y a un brasero et le corps d'un chat inanimé. Le père est allongé sur le sol du salon. Il est vivant et garde un pouls carotidien et une respiration faibles.

1. Quel est l'agent toxique que vous suspectez en premier ? justifiez votre réponse en vous basant sur les éléments relevés à la levée de corps.

2. Citez les caractéristiques physico-chimiques et le mécanisme de formation de ce toxique ?

Réponses:

1- Monoxyde de carbone

Saison hivernale, architecture des lieux, mauvaise aération, braséro dans le local, intoxication collective, un animal mort à côté.

2- gaz inodore, incolore et insipide, non irritant, non suffocant, inflammable partiellement détonant de densité proche de l'air.

Le CO provient de la combustion incomplète des matières organiques carboniques

$C + \frac{1}{2} O_2 \rightarrow CO$ (combustion incomplète).

3- Action sur l'hémoglobine

Le complexe hémoglobine/CO est très stable et devient incapable de transporter de l'oxygène.

Action sur la myoglobine

La formation du complexe Myoglobine/CO va diminuer l'oxygénation des tissus musculaires aggravant les effets de l'anoxie générale.

Action sur les cytochromes A3 (CYA3)

La combinaison du CO à la CYA3 bloque la chaîne respiratoire mitochondriale et favorise le métabolisme anaérobie aggravant l'anoxie cellulaire.

Action sur les cytochromes P450 (CYP450)

Le CO se lie à l'hème des CYP450 réduisant le métabolisme des xénobiotiques.

Action sur le stress oxydatif

Le blocage de la chaîne respiratoire mitochondriale par le CO est à l'origine de l'augmentation des radicaux libres de $m'oxygène$ ce qui induit un stress oxydatif responsable surtout de lésions directes des cellules cérébrales qui va s'associer aux lésions post-anoxiques.

4- Lividités de couleur rouge carmin

5- Soustraire le corps du sujet encore en vie

- Aérer les lieux

- Appeler les secours

5. Précisez votre conduite à tenir en urgence vis-à-vis du père ?

4. Citez un élément à rechercher à l'examen du corps de la mère en faveur du diagnostic évoqué ?

3. Décrire brièvement la physiopathologie de cette intoxication

LES TOXICOMANIES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir les termes suivants, drogue, hallucinogène, stupéfiant, toxicomanie, accoutumance et pharmacodépendance.
2. Enumérer les différentes classifications des substances toxicomanogènes.
3. Citer des exemples de produits déprimeurs du SNC en décrivant leurs effets.
4. Citer des exemples de produits stimulants du SNC en décrivant leurs effets.
5. Citer des exemples de produits dérégulants du SNC en décrivant leurs effets.
6. Enumérer les complications des toxicomanies.
7. Décrire l'overdose par les opiacés.
8. Décrire le syndrome d'abstinence des opiacés.
9. Expliquer la physiopathologie du syndrome de sevrage.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les drogues les plus recherchées de nos jours sont connues depuis environ 4500 ans puisque l'opium était alors utilisé en Égypte et la Coca servait à des fins religieuses et rituelles en Amérique centrale et du sud.

L'opiomane telle que nous la connaissons se répand en Europe à partir du XIXe siècle et en 30 ans le nombre des opiomanes passe, dans le monde, de 2 à 120 millions par suite de l'ouverture du marché chinois.

Quant à l'usage de la famille de coca, après avoir été interdit 1551 par le concile de Lima (Pérou) après la conquête espagnole, elle s'est vue autorisée en 1573 par le vice-roi qui a remarqué qu'elle accroissait la productivité dans les mines. Elle devint alors la principale forme de rémunération de la main-d'œuvre.

De nos jours l'inventaire des substances toxicomanogènes est difficile à circonscrire et est en perpétuel enrichissement puisqu'en plus des multiples substances naturelles se sont développées depuis plusieurs dizaines d'années des milliers de laboratoires clandestins de synthèse de dérivés de plus en plus actifs, dangereux et coûteux. D'où le développement d'un marché financier très rentable autour des stupéfiants dont les chiffres d'affaires varient dans le monde de 300 à 500 milliards de dollars (soit 2 à 3 fois le budget de l'état français) et qui permet d'entretenir la culture du pavot, de la coca, du cannabis, etc. Sur des centaines de milliers d'hectares à travers le monde et d'assurer la subsistance de millions de petits et moyens cultivateurs clandestins.

Ces données permettent d'envisager le problème de la toxicomanie en tant que fléau à retentissement sanitaire et social en tenant compte des différents enjeux économiques et politiques qu'il peut masquer afin d'aborder les mesures prophylactiques avec la vue la plus exhaustive de sa complexité.

1. DÉFINITIONS :

Drogues, produits hallucinogènes, stupéfiants, autant de termes employés pour désigner un groupe, toujours croissant modifiant l'activité du système nerveux central et employés pour rendre moins désagréables les perceptions induites par les malaises physiques et les contraintes socio-économiques.

Notons que ces dénominations variées signifient, sinon l'inadaptation, du moins l'insuffisance de ces termes à enserrer les nombreuses catégories de produits connus parfois depuis des millénaires.

En effet on entend par « drogue » toute substance naturelle ou synthétique, pure ou composée, dont l'administration induit un « débrayage » psychoaffectif permettant momentanément au sujet de ne plus prendre en compte la totalité ou la fraction, jugée subjectivement agressive, des contingences morales et/ou concrètes de l'environnement social, culturel et matériel.

Par « hallucinogènes », on désigne des substances qui provoquent chez l'homme des modifications importantes et transitoires de la perception, de la pensée et de l'humeur pouvant être variables selon la substance et la dose.

Tandis que le terme « stupéfiant » est classiquement employé pour toute substance qui provoque l'accoutumance et un état de besoin pouvant conduire à une toxicomanie.

Mais que signifient les termes accoutumance et toxicomanie ?

En fait dès 1956 un comité d'experts internationaux (OMS) a défini la toxicomanie comme « un état d'intoxication périodique ou chronique, nuisible à l'individu et à la société, engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique ».

Ce comité ajoute « les caractéristiques de cet état sont :

- 1 – un invincible désir ou un besoin (obligatoire) de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ;
- 2 – une tendance à augmenter les doses ;
- 3 – une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue »

Par la suite une distinction s'est établie entre les drogues entraînant la toxicomanie et celles engendrant l'accoutumance.

L'accoutumance étant cet état qui résulte de la consommation répétée d'une drogue et qui se caractérise par :

- 1 – un désir, mais non une obligation, de continuer à prendre la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre ;
- 2 – le peu ou pas de tendance à augmenter les doses ;
- 3 – une certaine dépendance psychique à l'égard des effets de la drogue, mais une absence de dépendance physique et par conséquent l'absence de syndrome d'abstinence ;
- 4 – des effets nuisibles qui, s'ils existent, concernent avant tout individu.

Mais on s'est rendu compte assez rapidement que ces définitions ne répondaient qu'à l'usage de certaines drogues classiques (opiacés, chanvre indien...) alors qu'un nombre de plus en plus important d'individus présentaient une « addiction » avec une certaine dépendance vis-à-vis d'un nombre considérable de produits sans répondre exactement à ces définitions.

C'est pour cette raison qu'un groupe d'experts de l'OMS a proposé de substituer le terme de pharmacodépendance (pharmacos = produit) à celui de toxicomanie ainsi qu'une nouvelle définition :

« La pharmacodépendance est un état psychique et quelquefois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par des modifications du comportement, qui comprennent toujours une compulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance ».

Le problème est donc centré sur la notion de dépendance psychique et parfois physique.

2. CLASSIFICATIONS DES DROGUES :

Diverses classifications plus ou moins scientifiques ont été adoptées pour départager les nombreuses substances toxico-manogènes.

C'est ainsi qu'on a pu parler de :

- 1 – drogues licites et de drogues illicites selon qu'elles avaient un usage médicamenteux ou non ;
- 2 – drogues dures et drogues douces selon qu'elles entraînaient une dépendance ou non ;
- 3 – drogues naturelles ou synthétiques selon leur origine ;
- 4 – drogues fumées, prisées, mâchées, sniffées ou injectées selon leur usage par les toxicomanes ;
- 5 – en fait la classification pharmacologique nous semble la plus logique permettant de ranger les substances toxico-manogènes selon leurs effets sur l'organisme et en l'occurrence sur le système nerveux central et ce, en produits déprimeurs, stimulants et déréglants ou hallucinogènes en sachant que dans chaque catégorie de ces produits nous trouverons des substances naturelles et des substances synthétiques qu'elles soient d'usage médicamenteux ou industriel.

2.1. PRODUITS DÉPRESSEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :

2.1.1. PARMI LES SUBSTANCES NATURELLES, le meilleur exemple est celui de l'opium chef de file des opiacés.

L'opium est récolté après incision des capsules de pavot, le latex étant recueilli par raclage et est rassemblé dans des bacs puis séché au soleil. Les pains ainsi obtenus, de couleur foncée et de consistance souple, sont traités en vue de l'extraction des alcaloïdes qu'il contient. L'Inde demeure le seul producteur licite d'opium avec une production annuelle d'environ 1500 tonnes.

Les alcaloïdes qui représentent 20 à 30 % des grains de pavot frais sont responsables des effets toxicomanogènes de l'opium et comportent essentiellement de la morphine (5 à 20 %) qui va conditionner ses effets qui seront détaillés plus loin, mais aussi de la noscapine (2 à 10 %), de la codéine (0,5 à 3 %) et de la papavérine (1 %).

L'opium est utilisé depuis quatre millénaires (Égypte) dans ses usages médicaux, mais l'opiomanie telle que nous la connaissons se répand en Europe à partir du XIXe et en 30 ans le nombre des opiomanes passe alors dans le monde de 2 à 120 millions par suite de l'ouverture du marché chinois.

Les opiomanes consomment généralement leur produit par inhalation dans des pipes spéciales à petit fourneau ou des pipes à eau type « narghilé ». L'opiophagie est, par contre, une pratique beaucoup plus rare. Il y aurait à l'heure actuelle environ 1,7 million d'adeptes dans le monde en sachant que la morphine a pour beaucoup remplacé l'usage de l'opium.

2.1.2. PARMIS LES SUBSTANCES DÉSINTHÉTQUES À USAGE MÉDICAMENTEUX, nous citerons l'exemple des barbituriques et des benzodiazépines. En effet la consommation de plus en plus importante de ces produits par les toxicomanes a fait apparaître un variable syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal de ces drogues employées à doses importantes et pendant des périodes assez longues (plusieurs semaines ou mois).

Ces accidents réalisent le plus souvent une forme mineure, simple **syndrome d'abstinence**, marqué par des modifications de l'humeur et du comportement associées à des manifestations physiques variables selon les cas : malaise général, perte de poids importante par anorexie, céphalées, tachycardie, tremblements ou crampes musculaires, mais dans certains cas **on a signalé des formes graves** avec des troubles de la conscience, délire, hallucinations d'allure psychotique en dehors de tout antécédent personnel ou familial.

Souvent des convulsions, et ceci en dehors des crises comitiales observées après arrêt brutal des barbituriques administrés comme antiépileptiques. Quelquefois apparition d'un syndrome confus onirique proche du delirium tremens alcoolique.

De même des troubles neurovégétatifs sont parfois observés : sueurs profuses, fièvres, tremblement, tachypnée... Les Anglo-Saxons appellent ces formes sévères le « With-drawal psychosis » ; là aussi le traitement doit être autant que possible assuré en milieu spécialisé.

Le retour à l'administration des barbituriques ou des benzodiazépines pendant quelque temps à doses dégressives est souvent nécessaire.

2.1.3. PARMIS LES SUBSTANCES DÉPRESSIVES ET ENIVRANTES SYNTHÉTIQUES À USAGE INDUSTRIEL, il faut citer les solvants volatils tels :

a. Le trichloréthylène (qui entre d'ailleurs dans la composition de certaines colles)

b. Le nitrite d'amyle

c. Les vapeurs d'essence de voiture

d. Les dissolvants à base d'acétone

e. Les diluants de peinture ou de vernis

f. Les gaz propulseurs contenus dans les bombes aérosol sous forme liquéfiée.

Notons que l'usage de ces produits connaît actuellement une extension spectaculaire notamment dans les milieux scolaires, le but poursuivi étant un état de pseudo ébriété conséquence de l'effet narcotique de ces produits. Néanmoins, et dans le cas particulier du trichloréthylène, le surdosage conduit à un coma plus ou moins profond avec anesthésie cornéenne (tropisme particulier du trichloréthylène pour les nerfs crâniens et en particulier le trijumeau) et accompagné parfois d'épisodes convulsifs favorisant les troubles respiratoires et cardiaques où l'hyperexcitabilité myocardique est une des principales complications d'évolutions d'évolution parfois mortelle dans le cadre du « Sudden sniffing death syndrome » des Anglo-saxons.

Ce syndrome évolue en trois phases successives :

- inhalation de solvant
- une période d'hyperactivité ou de stress émotionnel
- et un décès subit.

2.2. LES STIMULANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL :

2.2.1. LES PSYCHOSTIMULANTS D'ORIGINE NATURELLE : LA COCAÏNE

La cocaïne est extraite de la feuille de coca.

La coca est la feuille desséchée de l'erythroxylon coca, petit arbre originaire d'Amérique du Sud (Pérou, Bolivie, Colombie, Brésil) mesurant 1,50 m de haut environ et comportant des feuilles mesurant 6 cm de longueur et 3 cm de largeur.

La feuille de coca renferme 0,5 à 2 % d'alcaloïdes dont le principal est la cocaïne ou méthylbenzolergeronine. 500 kilogrammes de feuilles de coca permettent l'extraction d'un kilogramme de chlorhydrate de cocaïne qui est une poudre blanche qui s'administre par prise nasale ou par injection intraveineuse en mélange avec de l'héroïne.

La cocaïne a plusieurs effets ainsi en dehors de son action anesthésique de surface. Elle agit au niveau du cortex entraînant une logorrhée ou diarrhée verbale, une excitation, une diminution de la sensation de fatigue.

Au niveau des centres sous-jacents, elle engendre des tremblements et même des convulsions à forte concentration.

Au niveau des centres bulbaires et respiratoires il y a stimulation puis dépression avec hypoventilation et au maximum défaillance respiratoire.

Au niveau des muscles squelettiques, elle diminue la sensation de fatigue par stimulation corticale. C'est cette action qui a valu l'usage de la feuille de coca comme masticatoire par les Indiens des pays andins et qui remonte à environ 4000 ans (les distances se mesurent en « cocada »).

Le surdosage provoque l'intoxication aiguë par la cocaïne qui se déroule classiquement en trois phases :

Les deux premières correspondant à une excitation psychique puis motrice et la troisième est dépressive.

Les deux tiers des décès ont lieu en moins de cinq heures et le tiers restant en moins d'une heure après l'absorption. Quelle que soit la voie d'administration. L'ingestion de 0,50 g de cocaïne est mortelle.

La cocaïne engendre une dépendance psychique très marquée faisant qu'on s'habitue très facilement à prendre de la cocaïne régulièrement. Les effets de la cocaïne recherchés, à savoir une stimulation psychomotrice euphorisante avec sensation subjective de plus grande capacité de pensée et d'action, entraînent le sujet à consommer de la cocaïne de façon permanente et à avoir un comportement axé sur la recherche de la drogue. Ces effets sont d'installation beaucoup plus rapide avec le « crack ».

L'abus de cocaïne, bien que limité par un prix élevé et par la quantité nécessaire à une prise intraveineuse, aboutit à une destruction de la personnalité.

2.2.2. COMME PSYCHOSTIMULANTS SYNTHÉTIQUES À USAGE MÉDICAMENTEUX, on peut citer l'exemple des amphétamines qui rentrent dans la composition de plusieurs médicaments.

Les amphétamines, en dehors du « flash » obtenu par l'injection intraveineuse avec une sensation intense et brutale de chaleur qui envahit tout le corps, provoquent une excitation intellectuelle avec accélération de la pensée, libération anarchique des facultés créatrices, sentiment de puissance, hallucinations oniriques ou terrifiantes, bouffées délirantes et insomnie.

Ces substances agissent sur la vigilance en modifiant le temps vécu et possèdent une action psychodysleptique qui peut induire un état délirant paranoïde. Le sujet se sent, est l'objet de surveillance, suspecte son entourage, ses amis, prétend qu'on l'insulte, qu'on le menace, qu'on se moque de lui.

Ce sentiment de persécuteur peut déboucher sur un acte violent contre un persécuteur, sur un autodestructeur. Un tel délire s'atténue avec l'arrêt de l'intoxication, mais peut passer à la chronicité.

2.3. LES DÉRÉGLANTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL OU HALLUCINOGENES OU ENCORE PSYCHODYSLEPTIQUES :

selon la classification de Delay. Ces produits ont la propriété de déclencher des troubles propres aux psychoses.

- Modification de l'affectivité;
- Altération de la conscience;
- Illusions sensorielles avec hallucinations.

Ces hallucinogènes sont :

Soit de nature végétale (plantes : Opium, hachich, belladone, peyotl, koukhra : solanacée au sud ouest-tunisien, kat, **Cham-pignons** : psilocybe)

Avec leurs extraits :

- mescaline pour le peyotl
- psilocybine pour le psilocybe.

Soit de nature synthétique comme le LSD25 découvert par HOFFMAN au cours de recherches sur l'acide lysergique, alcaloïde de l'ergot de seigle.

2.3.1. COMME EXEMPLE D'HALLUCINOGENE DE NATURE VÉGÉTALE, PRENONS CELUI DU CANNABIS SATIVA COMMUNÉMENT CONNU SOUS LES NOMS DE « HASCHICH », « KIFÉ OU « MARIJUANA ».

A. Cannabis Sativa

- Plante largement répandue à la surface du globe
- Le chanvre des compagnes en est une variété
- La teneur en substances psychotropes varie considérablement selon les plantes et la latitude de la culture.
- Le principe actif est le Delta-9-tetrahydro-cannabinol (THC).

b. Présentation :

« L'herbe » → portions de la plante : feuilles ou fleurs récoltées et séchées = « kif » = « marijuana » =...

« Hachich » ou « chira » → résine 5 à 10 fois plus riche en THC que « l'herbe » à masse égale.

« Huile » → parfois utilisé sous cette forme en raison de la liposolubilité du THC (qui n'est pas hydrosoluble)

c. Voies d'administration :

- Principalement pulmonaire : fumés purs ou mélangés à du tabac (herbe et haschich)
- Digestive : plus rarement impliquée ---> effets plus lents à se manifester que par la voie respiratoire où ils sont très rapides.

d. Symptômes :

- * Aux doses habituellement utilisées le THC---> l'ivresse cannabique faite de composantes complexes :
 - Modification subjective des perceptions (acoustiques)
 - Coexistence d'effets sédatifs et stimulants
 - Modification de la conscience du temps vécu qui paraît s'allonger
 - Impression générale de bien-être et levée des inhibitions
- * À doses plus élevées :
Effets psychédéliques (rêve éveillé) avec hallucinations passagères.
- * En effet les effets psychotropes varient beaucoup de l'état du sujet au moment de la prise, de la préparation du sujet à cette prise et du cadre où cela se situe.

L'examen physique pratiqué après inhalation d'une cigarette montre éventuellement :

- Une légère tachycardie
- Hypotension
- Une rougeur des conjonctives

e. A long terme :

On peut voir s'installer :

Une « Psychose cannabique » : en fait décompensation psychotique de sujets déjà fragiles et utilisant des doses anormalement importantes de produits.

Un syndrome « amotivationnel » avec baisse de l'élan vital, évitement des tâches ordinaires et les conséquences sociales de marginalisation qui en découlent.

Qu'en est-il du risque d'escalade vers les drogues dures ?

- Il n'est pas la conséquence de l'usage du chanvre indien
- Il est plutôt lié à la personnalité du sujet et à tout un contexte psychosocial qui est celui des toxicomanies lourdes.

2.3.2. HALLUCINOGENES DE NATURE SYNTHÉTIQUE : LSD25.

- Le « LSD est probablement le produit le plus dangereux qui soit »
- Il est considéré à tort comme une drogue inoffensive.
- Son **principe actif** est le « diéthylamide de l'acide D.Lysergique » encore appelé : LSD25 ou « acide ». Il est extrait de l'ergot de seigle ou synthétisé.

a. Voies d'administration :

- Voie buccale sous forme de très petits comprimés ou en solution véhiculée par divers supports : sucre, buvard.
- Voie nasale : prisé
- Voie pulmonaire : fumé
- Voie intraveineuse : injecté

b. Doses :

- Une dose – ou « trip » (voyage) dans le jargon des initiés peut ne contenir que 20 – 30 µde produit et donnera des effets en moins d'une heure. Leur maximum sera atteint en 2 ou 3 heures, et ils dureront pendant 6 à 10 heures. Il existe aussi des effets rebonds avec réapparition des effets en dehors de toute nouvelle prise.

c. Effets : Psychodysléptiques

- Le sujet éprouve une distorsion de ses perceptions, en particulier visuelles : déformation des objets dont les plus familiers pourront paraître fantastiques, des « sons » pourront même être « vus » des images colorées apparaissent.
- Des hallucinations diverses peuvent se produire
- Il y a altération de la notion de temps : des événements du passé pouvant être réactualisés, des conflits resurgissent ainsi.
- Dans le même temps, le sujet peut éprouver une grande sensation de lucidité, de créativité, de capacité à saisir les problèmes sous les angles nouveaux.

Cependant il arrive aussi que l'expérience soit génératrice d'angoisse, voire de panique : tout ce qui est éprouvé l'est sur une tonalité dramatique, menaçante ou dépressive, le sujet craint de « sombrer dans la folie »...

L'angoisse est présente à des degrés divers, mais ce n'est que lorsqu'elle devient primordiale que les « usagers » parlent de « mauvais voyages ». Ceux-ci ne sont pas exceptionnels et leur incidence varie en fonction du produit et de sa dose, voire

des additifs toxiques qui pourraient s'y trouver mêlés, mais surtout en fonction de l'état psychologique du sujet et son environnement au moment de l'expérience. Ils sont imprévisibles.

Les effets physiques toxiques à redouter sont pratiquement inexistantes et on ne connaît pas de cas de décès par surdosage. En revanche la toxicité psychique est susceptible d'entraîner dans certains cas des conséquences graves. Il faut tenir compte de l'âge du sujet et de la structuration de sa personnalité.

Ainsi les jeunes adolescents courent le risque de mauvais voyages qui auraient tendance à se prolonger pendant des semaines, voire davantage, sous forme, par exemple de syndrome de dépersonnalisation. De même les sujets fragiles, notamment prépsychotiques ou « border-line », s'exposent au risque de décompensation psychotique.

Cependant, dans la majorité des cas, tous les effets du LSD disparaissent en moins de 24H.

Devant un sujet sous l'effet du LSD le praticien :

- Devra faire le diagnostic différentiel avec un épisode délirant chez un psychotique (surtout s'il ne connaît pas le sujet, et ce en interrogeant l'entourage plutôt que le sujet).
- Si le « voyage n'est pas « mauvais » : faire accompagner le toxicomane dans son « voyage » par une personne qui le surveillera dans un lieu calme et dépourvu de dangers (fenêtre, balcon, routes, objets dangereux).
- En cas de réactions intenses avec une grande angoisse et une agitation incoercible : faire également accompagner le toxicomane, et ce, en milieu hospitalier (non psychiatrique) en le rassurant avec recours exceptionnel aux tranquillisants classiques à doses modérées.

3. COMPLICATIONS DES TOXICOMANES :

Près cette revue relativement succincte nous nous arrêtons un peu sur les accidents aigus et chroniques provoqués par les drogues dures administrées par voie parentérale et nous prenons l'exemple de l'héroïne dérivée synthétique de la morphine, elle-même extraite de l'opium.

3.1. LA PLUS GRAVE DES COMPLICATIONS EST SANS DOUTE L'OVERDOSE.

L'overdose par l'héroïne tue encore plusieurs milliers de personnes de par le monde. Elle est responsable de la majeure partie des décès des héroïnomanes. La mort est dans certains cas très rapide, le sujet peut être retrouvé dans n'importe quel endroit (hôtel, toilettes publiques...) l'aiguille encore fichée dans une veine. (rupture des sachets placés par voie rectale chez les trafiquants). La toxicocinétique des opiacés est détaillée en annexe.

Souvent il s'agit de variation dans la pureté de l'héroïne administrée qui est différente selon les approvisionnements. Dans d'autres cas il s'agit d'effets synergiques en cas de mélange avec d'autres drogues, en Turquie par exemple l'héroïne est souvent mélangée entre 10 et 90 % avec des barbituriques surtout le phénobarbital, mais également d'autres drogues sont employées : quinine et antipaludéens de synthèse, aspirine, et même strychnine ceci en dehors d'autres produits moins nocifs : tel que lactose, talc...

Dans d'autres cas moins dramatiques le sujet est amené dans un coma faisant évoquer d'emblée une overdose : stigmates d'injections anciennes, troubles respiratoires : dépression et respiration type chynes-stockes, myosis serré, œdème pulmonaire souvent de type lésionnel.

Le traitement ne peut être assuré qu'en milieu spécialisé certes l'administration de N. allyl morphine (nalorpine) ou de naloxone (nacran* : 1 mg IV) peut lutter efficacement contre les signes respiratoires, mais souvent la prise en charge en milieu de réanimation est indispensable.

3.2. D'AUTRES ACCIDENTS SUBAIGUS ET CHRONIQUES PEUVENT SE VOIR : ILS SONT NOMBREUX ET VARIÉS :

3.2.1. PULMONAIRES : PNEUMOPATHIE BACTÉRIENNE ET TUBERCULOSE :

a. Embolies pulmonaires septiques ayant plusieurs origines : une endocardite tricuspide, un abcès cutané (injection), une phlébite suppurée ou tout simplement une injection septique sans foyers infectieux.

b. Granulome pulmonaire : dû essentiellement aux produits de dilution de l'héroïne surtout le talc (talcose). Ces granulomes peuvent aboutir à une fibrose interstitielle diffuse grave.

3.2.2. COMPLICATIONS CARDIAQUES : surtout l'endocardite souvent due à un germe virulent staphylocoque doré survenant en règle sur une valvule indemne de toute lésion préexistante, le plus souvent au niveau du cœur droit et d'évolution rapide.

Quelques fois il s'agit d'endocardite à germes Gram négatifs ou fongique.

Modifications E.C.G dus souvent à l'action de toxiques associés : quinine, cocaïne, amphétamine...

3.2.3. ANGÉITE NÉCROSANTE ET OCCLUSION ARTÉRIELLE : provoqués par des injections intra-artérielles accidentelles.

3.2.4. ATTEINTES HÉPATIQUES : surtout les hépatites virales souvent à virus B, mais quelquefois à cytomégalo-virus, virus A et virus non A non B.

3.2.5. COMPLICATIONS DIGESTIVES : habituellement constipation opiniâtre allant au maximum jusqu'à un syndrome d'occlusion intestinale aiguë fonctionnelle ou par fécalome (laparotomie chez des toxicomanes).

3.2.6. COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES : il y a bien sûr le coma de l'overdose, mais aussi des crises convulsives, une hypertension intracrânienne et des encéphalopathies post anoxiques.

a. Quelquefois des accidents vasculaires cérébraux ou des troubles oculaires dus à la quinine.

b. Myélopathies avec nécrose médullaire, neuropathies périphériques, infections métastatiques du système nerveux...

c. Des complications musculaires avec rhabdomyolyse aiguë ou myosite chronique due à une oblitération vasculaire.

3.2.7. D'AUTRES COMPLICATIONS SONT CLASSIQUES :

a. Rénales : néphropathies tubulo-intersticielles aiguës dues surtout à la rhabdomyolyse et glomérulo-sclérose segmentaire et focale.

b. Cutanée : stigmates d'injections avec cordons veineux (veine dorsale de la verge), prurit et grattage bilatéral des deux mains conséquence de l'oblitération progressive du réseau lymphatique profond.

3.2.8. DIFFÉRENTES COMPLICATIONS INFECTIEUSES : ostéomyélite (gram négatif), septicémies, infections à germes anaérobies avec gangrènes, infections fongiques systémiques.

3.2.9. TROUBLES ENDOCRINIENS : troubles de la fonction sexuelle et troubles menstruels : oligomenorrhée et aménorrhée.

3.2.10. ET SURTOUT, RISQUE DE SIDA (50 % AUX USA) :

D'ailleurs, ces derniers temps on assiste à un léger recul de l'emploi des drogues par voie parentérale par peur de la transmission du virus H.I.V. par les seringues justement. Sans pour cela qu'il y ait diminution vraiment du nombre des toxicomanes, mais uniquement emploi d'autres voies : nasale, buccale, pulmonaire...

3.3. SYNDROME DE SEVRAGE :

Encore appelé syndrome d'abstinence ou de manque.

Le syndrome de sevrage est majeur avec l'héroïne, mais également avec les autres opiacés (morphine, opium...) il n'apparaît que chez les toxicomanes avérés. Peut être parfois grave, mettant en jeu la vie du sujet. Sa physiopathologie est détaillée en annexe. Son traitement nécessite la prise en charge dans un milieu spécialisé.

Beaucoup d'auteurs s'accordent à distinguer plusieurs stades à ce syndrome.

3.3.1. 1^{ER} STADE : apparaît en général dans les premières heures qui suivent la dernière injection : c'est ce qu'éprouve tout toxicomane normalement : anxiété, véritable faim de la drogue et sa recherche par tous les moyens. Mais il n'y a pas de traduction somatique. Tout rentre dans l'ordre quand le sujet se procure sa drogue ou tout au moins une drogue de remplacement (Valium, barbituriques).

3.3.2. 2^E STADE : apparaît 8 à 10 heures après la dernière dose : là en plus des signes précédents apparaissent des sueurs profuses, un larmoiement, une rhinorrhée, le sujet se « mouchant sans arrêt » avec courbatures, mydriase qui contraste avec le myosis habituel ainsi que des trémulations et des secousses musculaires, bouffées de chaleur ou au contraire sensation de froid avec tremblement et sensation de « chair de poule ».

3.3.3. 3^E STADE : 24 heures après : à ce stade va apparaître une agitation importante du sujet avec insomnie, polypnée, tachycardie hypertension et hyperthermie.

3.3.4. 4^E STADE : environ 36 heures après le malade est complètement abattu, teint grisâtre, diarrhée et vomissement avec déshydratation, hypotension, risque de collapsus et coma.

Le traitement doit être entrepris assez rapidement, car l'évolution est en général favorable, les signes cliniques disparaissent en quelques jours sous traitement.

Ce traitement fera appel au remplissage, à l'administration de tranquillisants et de neuroleptiques avec assistance mécanique ou médicamenteuse en cas de défaillance viscérale grave.

Récemment et se basant sur le rôle de l'interaction des opiacées avec les endorphines et enképhalines endogènes, on a préconisé l'emploi d'un alpha 2 stimulant « la clonidine » (catapressan*) sous surveillance stricte de la tension artérielle.

4. PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES :

Voyons enfin les objectifs du traitement et de la réadaptation des toxicomanes.

En effet le traitement s'impose si l'on veut :

4.1. Leur permettre de retrouver un bon état général et les protéger d'une mort prématurée.

4.2. Aider ces sujets à vivre sans faire usage de drogues génératrices de tous les maux précités.

4.3. Atténuer et réparer les dommages causés à la famille par la toxicomanie et en particulier protéger les enfants.

4.4. Promouvoir le bien-être de cette même famille en permettant au toxicomane de retrouver une vie professionnelle normale et d'assurer pleinement ses responsabilités personnelles et familiales :

Ce traitement comporte schématiquement deux volets :

- Un premier volet s'adressant aux accidents aigus et subaigus de la toxicomanie qui peut être facilement assuré par les services de toxicologie clinique des Centres Anti-Poisons.
- Un deuxième volet, beaucoup plus lourd, difficile demandant plus de temps et s'adressant aux motivations profondes et à la personnalité du toxicomane lui offrant les meilleures chances de retrouver le « goût de la vie »

À noter que cette prise en charge psychologique se fait actuellement dans les pays les plus touchés, non pas en milieu psychiatrique, mais de plus en plus au sein de communautés auto disciplinaires animées pour une part par d'anciens toxicomanes et dépourvues de tout contexte médico-psychiatrique (en dehors d'un rôle de contrôle) et dans lesquelles se fait une véritable « restauration caractérielle et sociale » aboutissant en quelques années à la réintégration sociale du toxicomane.

ANNEXES

ANNEXE I : TOXICOCINÉTIQUE DES OPIACÉS

MÉTABOLISME DES OPIACÉS :

Résorption : Les morphiniques sont bien résorbés et diffusent dans la circulation générale. Pour une même dose, les effets analgésiques varient suivant la voie d'administration :

- **Voie orale** : 80 % de la morphine est résorbée dans le duodénum + intestin. Péthidine et méthadone sont résorbées plus rapidement que la morphine.
- **Voie parentérale et inhalation** :

La résorption est rapide et pratiquement totale

Latences d'action + courte
Par inhalation et par voie
Intraveineuse que par voie
intramusculaire

héroïne et morphine agissant à
des cc élevés (proches de la dose
lethale) sur le cerveau.

Exemple : l'injection IV de 20 mg d'héroïne----> pic de cc sanguine de 40 µg/ml sang qui parvient au cerveau et aux autres organes en moins de 10 secondes. Cette concentration de premier passage qui correspond au « flash » va rapidement baisser au fur et à mesure que la drogue se dilue dans les liquides corporels d'une part et qu'elle subit la dégradation hépatique d'autre part. Si bien que 5 mn après l'injection cette concentration sanguine n'est plus que de 0,5 µg/ml.

Pour cette raison l'effet d'une dose orale de morphine est sept fois moins grand que celui observé après une injection IV d'une même dose.

Cependant pour la **codéine** la dégradation lors du premier passage hépatique est beaucoup moins importante que pour la morphine. Ainsi une dose orale de codéine aura l'effet équivalent au 2/3 d'une dose IV de morphine d'où l'utilisation de ces produits par les toxicomanes comme succédanés de l'héroïne.

Une partie d'où la morphine est éliminée par voie biliaire dans l'intestin d'où elle est réabsorbée réalisant un cycle entéro-hépatique.

Diffusion : Les morphines sont liées aux protéines plasmatiques (Albumine) dans des proportions de 35 à 60 %. La forme liée est déterminée en cas d'insuffisance hépatique ou rénale grave. La forme libre diffuse rapidement en particulier dans le cerveau où sa répartition n'est pas homogène. La fixation tissulaire est importante dans foie, reins, cœur, poumons, muscles striés et tissu adipeux. Tous les morphiniques traversent la barrière placentaire.

Transformation et élimination :

Les morphiniques sont transformés au niveau du foie par les enzymes microsomiales en dérivés actifs et inactifs (ces transformations sont inductibles).

Les catabolites sont éliminés dans le lait, les urines et les fèces et sous forme de traces dans la salive.

Mode d'Action des opiacés :

La parenté structurale entre les différents agonistes de la morphine, leur tolérance croisée avec les morphines et la synthèse d'antagonistes a suggéré l'existence de récepteurs opiacés qui ont pu être objectivés grâce aux méthodes isotopiques.

Ce sont des sites de liaison spécifique liés aux membranes cellulaires, plus nombreux au niveau des synapses et localisés dans le cerveau, la moelle, sur les voies de la douleur et dans le système limbique connu pour donner un contenu affectif aux informations reçues par le système nerveux.

Ces récepteurs apparaissent très tôt dans la vie fœtale dictés par un code génétique ce qui permettrait de comprendre la plus ou moins grande sensibilité de certains individus aux opiacés et leur usage toxicomane.

Trois types de récepteurs sont envisagés (MARTIN) :

- Les récepteurs « mu » (μ) : où la morphine se fixerait et dont la stimulation reproduirait ses effets.
- Les récepteurs « KAPPA » (κ) activés par les substances comme la ketocyclazocine (dérivé du fortal) et qui entraîneraient les effets sédatifs et analgésiques.
- Les récepteurs « SIGMA » (σ) responsables de l'activité psychodysléptique, dépressive respiratoire et vasomotrice.

Cette distinction en 3 catégories de récepteurs a permis d'envisager l'action de substances agonistes et antagonistes partielles telle la **Nalorphine** agoniste pour les récepteurs κ et σ , mais antagoniste pour les récepteurs μ ou la **Naloxone** qui aurait une action antagoniste plus spécifique possédant une plus grande affinité pour les récepteurs μ et une faible affinité pour les récepteurs κ et σ .

Cependant aux doses utilisées par les toxicomanes les morphiniques agissent sur les différents récepteurs dépassant cette notion de spécificité.

Par la suite, la découverte des récepteurs ne pouvant être uniquement justifiée par la présence de l'opium dans la nature, on a mis en évidence des substances endogènes ou endomorphines qui se fixent sur ces récepteurs reproduisant des effets similaires, mais pas complètement identiques à ceux de morphiniques.

2 types :

- Les enképhalines : pentapeptides mis en évidence dans les corps cellulaires et les terminaisons nerveuses riches en récepteurs.
- Les endorphines : β -endorphine (31 A.A) localisés dans la région hypothalamo-hypophysaire.

La β -endorphine est libérée au même temps que l'ACTH au moment du STRESS et intervient donc sur la libération des hormones hypophysaires en modifiant au niveau hypothalamique, la libération des releasing-factors par interaction avec d'autres neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine, acétylcholine...).

Les endorphines comme les opiacés agissent en inhibant l'adényl-cyclase entraînant la baisse de la synthèse d'AMP cyclique. Les concentrations en électrolytes comme Na^+ ou Ca^{++} contribueraient par des phénomènes membranaires à une plus ou moins grande affinité des opiacés pour leurs récepteurs.

Ces endorphines et en particulier les enképhalines sont neuromodulatrices et les neurones enképhalinergiques freinent d'autres voies (noradrénergiques, dopaminergiques...)

ANNEXE II : PHYSIOPATHOLOGIE DU SYNDROME DE SEVRAGE

Plus rapidement encore que les autres morphiniques, l'héroïne entraîne l'installation d'une tolérance et d'une dépendance psychique et physique nécessitant la poursuite de l'administration de la drogue pour maintenir un semblant d'homéostasie et empêcher l'apparition d'un syndrome d'abstinence.

L'explication de cette tolérance et de cette dépendance est la suivante :

Lors d'une administration chronique, les opiacés exogènes remplacent les endorphines dans les récepteurs spécifiques, inhibant la transmission noradrénergique de façon prolongée.

Un mécanisme compensateur a été mis en évidence, qui corrige la déficience en NA et le manque d'information, sous la forme d'une **hypersensibilité de désuétude des récepteurs post-synaptiques**. L'arrêt brutal du toxique (opiacés exogènes) entraîne une libération normale de NA dans la synapse. Mais les cellules cibles post-synaptiques, restées hypersensibles, produisent **une réponse augmentée à la stimulation noradrénergique redevenue normale** : c'est le syndrome de sevrage : tempête noradrénergique.

La restauration progressive des endorphines endogènes, induite par la «vacuité» des récepteurs spécifiques (μ , σ , κ) va rétablir un équilibre physiologique en quelques jours.

Lors du sevrage, il apparaît donc logique d'utiliser un α_2 qui, stimulant un feedback négatif, freine la libération de NA.

L'agoniste α_2 , n'influençant pas les récepteurs en képhalinerigiques, favorise la reconstitution du pool endorphinique physiologique.

LES CERTIFICATS MEDICAUX

« Le certificat médical est un témoignage de confiance
qu'accordé la Société au corps médical ».

A. HADENGUE

INTRODUCTION

La mission du médecin ne consiste pas seulement à appliquer une technique professionnelle clinique et thérapeutique. Elle dépasse le cadre du classique colloque singulier « médecin-malade » pour revêtir une réelle dimension sociale... mais pas dans le sens traditionnel habituel. En effet, le médecin se trouve de plus en plus sollicité par la société qui lui demande de s'engager, de se prononcer sur des faits médicaux dont les conséquences sociales, économiques, juridiques... peuvent être très importantes, voire graves.

Paradoxalement la place du médecin dans cette même société ne semble plus aussi privilégiée : de notable ne devient-il pas un simple professionnel de la santé, un technicien ?

Pourtant, la médecine est devenue de plus en plus performante grâce aux progrès considérables réalisés dans les domaines du diagnostic et de la thérapeutique et l'exercice professionnel n'a pas changé dans ses bases fondamentales. Il reste régi par des règles déontologiques et éthiques, des balises constantes édifiées au cours des âges. Les interdits légaux, les barrières déontologiques et juridiques existent de plus en plus. Même si le nombre de procès en responsabilité n'augmente pas notablement, le nombre de plaintes s'accroît régulièrement.

Il apparaît donc évident que tout médecin **doit savoir ce qu'il doit et peut faire, quand le faire et comment le faire. Dans ce savoir-faire entrent également les conséquences de celui-ci.**

Quelle que soit l'évolution de notre société, un écrit médical sérieux y conserve tout son impact. Il représente un acte important de l'exercice professionnel tant par son contenu que par sa fréquence :

- * un acte d'aide aux patients;
- * un acte reliant l'individu malade à la collectivité;
- * un **acte significatif** de la **conscience médicale**.

Autant l'accomplir au mieux en toute connaissance de cause à travers le **certificat médical ou les autres documents médicaux**.

1- LA PROBLÉMATIQUE : POURQUOI LE CERTIFICAT MÉDICAL ?

Sans aucun doute, il existe de plus en plus de circonstances d'atteinte à l'intégrité somato-psychique de la personne humaine d'origine pathologique et/ou traumatique, susceptible :

- * d'ouvrir des droits à des compensations ou des avantages sociaux pour le patient et/ou la victime;
- * de générer des dépenses pour la collectivité;
- * d'entraîner, quelquefois, des sanctions pour le tiers responsable.

Pour ce faire, le patient et/ou victime a besoin d'un **certificat médical** pour **justifier son état de santé**.

Le **certificat médical** est donc un acte « **officiel** » effectué par écrit, destiné à constater et à interpréter des faits d'ordre médical.

C'est un acte courant de la vie pratique qui permet d'assurer la répartition et, l'attribution équitable des soins, des congés de repos, des allocations, des secours, c'est-à-dire de tous les avantages sociaux pour les patients et/ou les victimes (d'où le rôle du médecin : dispensateur de prestations en espèce et en nature), mais cet acte courant peut entraîner des dépenses pour la collectivité (d'où le rôle d'ordonnateur de budget), mais également de sanctions pénales pour les tiers responsables.

C'est donc un **acte grave** de la vie pratique médicale d'où la prudence avec laquelle, il doit être établi.

Son importance est donc triple :

* D'abord une importance **pratique** : le certificat médical permet au patient et/ou à la victime de bénéficier de compensation ou avantages sociaux immédiatement ou éventuellement, de justifier son **incapacité totale temporaire d'activité** et le cas échéant d'éclairer la justice quant à la **qualification de l'acte agressif**.

L'action préventive du certificat médical par la détermination d'une aptitude ou d'une inaptitude ou par la souscription d'une assurance-vie procède d'un souci de même nature.

* Ensuite une importance **éthique** : actuellement de par le monde, il existe une sorte de déclin du prestige médical dû en bonne partie aux certificats médicaux de complaisance. La profession médicale est atteinte même aux yeux du « client » qui la sollicite : il « **achète** » le certificat médical pour bénéficier d'arrêt de travail ou d'autres avantages...

* Enfin, une importance **disciplinaire et pénale** : la responsabilité engagée par la rédaction d'un certificat médical se situe sur 3 plans : disciplinaire, pénal, mais également civil.

Si le paragraphe 1 de l'article 17 du CDM interdit au médecin « tout acte de nature à procurer au malade un avantage matériel injustifié ou illicite » et l'article 28. insiste sur la **gravité de la faute** que constitue « le rapport médical tendancieux ou le certificat de complaisance », les articles 197 (nouveau) 199, 200 et 5 du Code pénal **punissent sévèrement** le médecin qui, pour favoriser quelqu'un, **établit un faux certificat**.

2- RÈGLES GÉNÉRALES D'ÉTABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT MÉDICAL

2.1. LES OBSTACLES MAJEURS AUX CERTIFICATS MÉDICAUX DE QUALITÉ

L'analyse d'un grand nombre de certificats médicaux telle qu'elle résulte de la pratique de l'expertise médicale judiciaire, de l'étude des dossiers médicaux des assurés sociaux soumis aux Commissions médicales régionales des AT-MP relevant de la CNSS et à la Commission médicale centrale relevant du Premier ministre, permet de constater trop souvent une insuffisance manifeste de nombreux certificats médicaux : mal rédigés, incomplets, parfois illisibles, de valeur très inégalement utilisable.

L'argument le plus habituellement avancé par les praticiens, notamment des Services d'Urgence et de libre pratique est le manque de temps nécessaire ; mais ce n'est guère toujours le motif véritable. En réalité il peut s'agir de :

- * la **méconnaissance** par certains médecins de leurs devoirs et leurs possibilités à cet égard ;
- * la méconnaissance également de la **portée médico-légale** effective du contenu d'un certificat médical, surtout à long terme ;
- * une **lassitude** ou une **paresse** devant une rédaction qui exige un effort de synthèse, une recherche de style adéquat ;
- * une **complaisance** ou une **facilité** à attester trop facilement les assertions discutables ou les allégations ou encore une réticence à expliquer les limites de ce qu'il est possible de certifier objectivement.

Méconnaissance ou ignorance, lassitude ou paresse, complaisance ou facilité correspondent parfois à d'identiques comportements du malade.

Il ne s'agit plus du colloque singulier que constitue l'acte médical, de ce que le Prof. PORTES qualifia de « **rencontre** d'une **conscience** avec une **confiance** », mais plutôt dans ces cas de la rencontre de **l'inconscience** et de **l'insouciance**.

2.2. RÈGLES GÉNÉRALES

1-/DEMANDE DU PATIENT

Actuellement, les certificats médicaux répondent à une demande du patient (malade ou blessé). Il demande un document écrit à propos d'un fait médical le concernant. Cette demande découle d'un **besoin**, d'une nécessité formulés par le malade dans un cadre précis. Cet appel apparaît comme tout à fait justifié de la part du patient.

Mais il y a des cas particuliers où la demande n'émane pas du patient lui-même.

- * C'est le cas du certificat médical établi dans le cadre d'une réquisition. L'autorité requérante se substitue ici au malade. Le certificat doit lui être remis.
- * Parfois, le certificat peut être demandé par un conjoint, un avocat... Il ne faut pas l'établir avant de demander l'avis du malade lui-même.

La remise du certificat, elle aussi, doit être (sauf pour les réquisitions) faite au patient lui-même.

Il existe des exceptions légales : envoi des certificats obligatoires directement à certains organismes. C'est ainsi par exemple pour une **déclaration obligatoire de maladie** ou bien les certificats pour hospitalisation d'office, la **déclaration de décès**... Par ailleurs, le certificat médical délivré à la suite d'un examen médical d'un mineur est remis au tuteur légal.

2-/ FAUT-IL TOUJOURS DÉLIVRER UN CERTIFICAT MÉDICAL ?

Un certificat médical sollicité par un patient doit-il toujours lui être délivré ?

On peut y répondre par l'affirmative le plus souvent, mais la réponse peut être négative dans certains cas :

* on doit l'établir lorsqu'il s'agit de certificat dont la production se trouve prescrite par les textes législatifs et réglementaires. En effet, aux termes des dispositions du paragraphe 1 de l'article 27 du décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, portant Code de déontologie Médicale « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, ordonnances, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires ».

Ces « documents doivent comporter son identité, sa signature manuscrite, la date de l'examen ayant servi de base aux indications mentionnées dans les documents et la date de leur délivrance (§ 2).

« Ces documents doivent comporter l'identité exacte du patient » (§3).

À titre d'exemple, il convient de citer les certificats obligatoires : de naissance, d'accident du travail, prénuptial, de décès, de vaccination ;

* on peut l'établir lorsque le patient a besoin d'un certificat médical pour appuyer une demande justifiée auprès d'un organisme : cure thermique ;

* on doit l'établir, lorsque le certificat médical répond à une réquisition par l'autorité publique. La réquisition constitue une injonction à laquelle aucun praticien ne peut se dérober sauf circonstances exceptionnelles. Un médecin peut donc être requis pour examiner un sujet présumé en état d'ivresse, en état d'excitation ayant amené une interpellation et une garde à vue, une personne victime de violences physiques ou sexuelles, un toxicomane.

* ,mais on ne doit pas l'établir dans les cas où la demande qui en faite apparaît comme abusive, douteuse ou si les faits à attester doivent être déformés. En effet, le médecin peut refuser la délivrance d'un certificat médical, mais il ne peut le faire sans raison que celles-ci soient d'ordre moral, économique, déontologique.

Le médecin doit exprimer son refus d'une manière diplomatique, mais ferme.

2.3. LES ÉLÉMENTS D'UN CERTIFICAT MÉDICAL

1-/ CONDITIONS DE FORME ET DE FOND

Le certificat médical doit être/précis, complet, mesuré et loyal :

- * **précis**, ne comportant pas de données subjectives ou incontrôlables par le médecin-signataire ;
- * **complet** dans l'optique de chaque indication particulière ;
- * **mesuré** dans sa forme ;
- * **loyal**, ne laissant pas supposer des faits ou une filiation de faits non conformes à la réalité.

Le certificat médical doit donc être :

- * méthodique - complet, mais concis
- * précis - et sans verbiage inutile
- * clair, explicite - lisible par des « non-médecins ».

2-/ LES ÉLÉMENTS DU C.M.

Avant la rédaction de tout certificat médical, il faut **s'assurer de l'identité** du patient ou du blessé et **procéder à un examen effectif** du malade ou du blessé.

Le certificat médical doit comporter cinq éléments successifs :

1-) Les mentions communes à tous les certificats :

- * Nom, prénom, titre et qualités du médecin-signataire ;
- * Nom, prénom, identification du patient ou de la victime ;
- * Lieu et date de l'examen.

2-) Les dires et doléances du malade et/ou de la victime, notamment en cas d'accident ou digression. La victime expose au praticien ce dont elle se plaint et sa version des faits. Le recueil de données sur la nature, les circonstances, le lieu et la date de l'accident ou l'agression doit être résumé avec la prudence classique, en laissant à l'intéressé la responsabilité de ses dires. Ce recueil servira surtout à estimer le degré de gravité du traumatisme ou des violences probables et la nature des lésions alléguées afin d'orienter la recherche de symptômes significatifs et le recours-le cas échéant- à des consultations ou examens complémentaires (spécialistes, radiographies...) et de **prévoir au mieux l'évolution des lésions et les séquelles envisageables**.

3-) Les constatations du médecin : La description détaillée de tous les signes et de toutes les lésions en précisant leur nature, leur dimension, leur siège et dans les lésions des membres, le côté.

La méthode d'examen la plus classique consiste à procéder de haut en bas et de droite à gauche : l'extrémité céphalique (crâne, face et cou) le membre supérieur droit, le membre supérieur gauche, le thorax, le rachis dorso-lombaire, l'abdomen, le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche.

Il convient d'éviter les termes peu précis comme polytraumatisme, contusions multiples, douleurs vertébrales et d'utiliser des termes adéquats par exemple en faisant la distinction entre **ecchymose** et **hématome**.

Il importe de se rappeler toujours que les utilisateurs d'un certificat notamment le **certificat médical initial tiendront souvent une énumération des lésions constatées et mentionnées sur le certificat comme limitative et exclusive d'autres lésions**. Les nuances de rédaction sont l'une des formes de la précision.

4-) Les conséquences « médico-légales » : Le retentissement de la maladie ou du traumatisme : les soins nécessaires et la durée de l'ITT. La durée de l'Incapacité Temporaire Totale dont on sait l'importance en procédure pénale, en accident du travail, mais également les interdictions, les inaptitudes dans leur forme et leur durée.

La durée de l'ITT doit être appréciée et évaluée différemment quand il s'agit d'un arrêt de travail pour accident et maladie et d'un arrêt de travail à la suite d'une agression (violence). En effet, **l'incapacité totale de travail est une notion juridique précise qui doit être comprise et donc évaluée comme telle**.

Lorsqu'il s'agit d'une agression, le médecin doit apprécier l'atteinte à la capacité totale normale d'activité de la victime dans sa vie courante et non pas professionnelle.

Quant à l'ITT correspondante à l'arrêt de travail professionnel, elle doit être prescrite en fonction de la durée pendant laquelle, le travailleur **« est hors d'état d'exercer ses activités professionnelles »** c'est-à-dire elle sera estimée en fonction de certains éléments : **type de profession**, trajets nécessaires, **nature du métier exercé** et des **responsabilités assumées**, voire la motivation..., tous ces éléments qui, très variables d'un sujet à l'autre, doivent être pris en considération par le médecin pour apprécier le cas échéant la durée de l'ITT.

5-) La mention finale relative à la délivrance indiquant avec précision à qui le certificat médical est remis :

* à l'autorité requérante;

* ou au malade ou blessé : « remis en main propre à M. ».

L'on doit signer à la main (la signature doit être manuscrite).

L'on peut également indiquer la destination du certificat, mais l'intéressé qui en sera le détenteur pourra très bien en faire un usage plus étendu.

3- RESPONSABILITÉ ENGAGÉE PAR LA RÉDACTION D'UN C.M.

La responsabilité du médecin-signataire d'un C.M. est engagée sur trois plans :

3.1. RESPONSABILITÉ DÉONTOLOGIQUE

Elle est prévue par le Code de déontologie Médicale dont le paragraphe 1 de l'article 17 interdit « tout acte de nature à **procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite** » et dont l'article 28 précise que la « **délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave** ».

Une telle faute peut entraîner des sanctions disciplinaires infligées par les juridictions ordinales.

3.2. RESPONSABILITÉ PÉNALE

Elle est prévue par le Code pénal dont les articles 197, 199, 200 et 5 **punissent sévèrement le médecin** qui établit de **faux certificats**.

Art. 197 (nouveau) § 1 : « Est puni **d'un an d'emprisonnement et de mille dinars d'amende**, toute personne exerçant **une profession médicale ou paramédicale qui aura délivré, par complaisance, un certificat faisant état de faits inexacts relatifs à la santé d'une personne**, ou qui aura **dissimulé ou certifié faussement l'existence d'une maladie ou infirmité ou d'un état de grossesse non réelle, ou fourni des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause du décès**.

§ 2 : « La peine est portée de **cinq ans d'emprisonnement à cinq mille dinars d'amende** lorsque dans le **cadre de l'exercice de sa profession médicale ou paramédicale, la personne aura sollicité ou agréé, soit pour elle-même soit pour autrui, directement ou indirectement, des offres ou promesses ou dons ou présents ou rémunérations en contrepartie de l'établissement d'un certificat faisant état de fait matériellement inexacts** »

Art. 199 : « ... sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 20.000 à 200.000 francs ou l'une de ces deux peines seulement sans préjudice de l'application, le cas échéant, des peines plus fortes prévues par le présent code et les textes législatifs spéciaux, quiconque :

- 1/ aura **établi sciemment une attestation** ou un **certificat faisant état de fait matériellement inexacts** ;
- 2/ aura **falsifié ou modifié d'une façon quelconque une attestation ou un certificat originairement sincère** ;
- 3/ aura **fait sciemment usage d'une attestation ou d'un certificat inexacts ou falsifiés**.

Art. 200 : « Dans tous les cas prévus à la présente section, sauf l'art. 195, § 1^{er}, le juge peut faire application de tout ou en partie **des peines accessoires édictées par l'art 5** ».

Art. 5 : « ...

« b) Peines accessoires :

7/L'interdiction d'exercer les droits et privilèges suivants :

a- les fonctions publiques ou certaines professions telles que celles d'avocat, d'officier public, de **médecin**, de vétérinaire ou de sage-femme..., d'être tuteur, **expert** ou témoin, autrement que pour faire de simples déclarations ;

b- le port d'armes et tous insignes honorifiques officiels ;

c-le droit de vote ;

8/La publication par extraits, de certains jugements ».

Le **délit de faux certificat** médical suppose la réunion d'un élément matériel et d'un élément intentionnel.

* **L'élément matériel** : le délit existe si le médecin prescrit un arrêt de travail, quelle qu'en soit la durée pour une maladie ou une lésion inexistante dont il certifie en outre **faussement l'existence**. C'est le **mensonge** sur la fausse maladie qui est sanctionné.

* **L'élément intentionnel** : il n'y a délit que si le médecin a connaissance de la fausseté des faits qu'il mentionne sur le certificat.

Il faut en outre que le rédacteur du certificat ait eu l'intention de favoriser quelqu'un. C'est cet élément intentionnel, le **mobile** qui permet de distinguer le délit du § 1 de l'article 197 de celui du § 2 du même article qui punit sous le nom de **corruption** le médecin qui accomplit des faits identiques dans son intérêt personnel.

3.2. RESPONSABILITÉ CIVILE

Le médecin peut être tenu responsable à l'égard :

- * **du patient** pour lui avoir fait perdre la possibilité de faire valoir ses droits. Il s'agit là d'une obligation contractuelle qui peut devenir « quasi délictuelle en cas de réquisition qui exclut tout contrat ;
- * **de la partie poursuivie** devant la juridiction requise en considération des lésions décrites dans un certificat ne relatant pas la réalité ;
- * **de la Société d'Assurance** du responsable d'un dommage dont le certificat exagère l'importance.

Dans ces deux derniers cas, il s'agit de la responsabilité quasi délictuelle.

4- CERTIFICATS LES PLUS FRÉQUEMMENT RÉCLAMÉS

4.1. LES CERTIFICATS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

1-/ LE C.M.I. : obligation prévue par les lois 94-28 du 21 février 1994 et la loi n° 95-56 du 28 juin 1995 relatives à la réparation du risque professionnel respectivement dans le secteur privé et dans le secteur public.

Ce certificat est primordial pour la réparation du dommage corporel. Il doit faire **l'inventaire complet** de toutes les lésions.

2-/ LE CERTIFICAT FINAL DESCRIPTIF :

- * doit décrire les séquelles des blessures en cas de consolidation ;
- * indiquer la date de reprise de travail ;
- * préciser si les soins sont encore nécessaires en indiquant une durée prévisionnelle ;
- * indiquer la date de guérison ou de consolidation en précisant si la blessure n'entraîne pas d'incapacité permanente partielle.

Rappelons que la consolidation correspond au moment où « à la suite de l'état transitoire qui constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent » alors que la guérison est une « restitution ad integrum » la victime retrouvant son état antérieur.

Il est souhaitable, voire nécessaire, en cas de consolidation que le médecin traitant ne mentionne pas de taux d'incapacité, mais il doit dire « à déterminer par expertise ».

3-/ LE CERTIFICAT DE RECHUTE

L'initiative appartient au médecin traitant ou au médecin consulté qui doit fournir la justification de la prise en charge en « AT » de la rechute qu'il propose. En effet, dans ce cas, la présomption d'imputabilité ne joue plus comme pour le C. M.I.,

le médecin doit donc expliquer et justifier l'avis qu'il formule et les conséquences qui lui paraissent devoir en être tirées.

Le certificat descriptif, « circonstancié » doit défendre une position que le médecin consulté estime équitable, face à un refus de prise en charge, à la contestation d'un lien de causalité ou destiné à soutenir un appel d'une expertise technique.

Tout médecin traitant ou spécialiste traitant peut être amené à le rédiger.

4.2. LES C.M.I. DÉCRIVANT LES CONSÉQUENCES D'UN AVP OU D'UNE AGRESSION ÉTABLISSANT DONC UNE DESCRIPTION DES BLESSURES

Rappelons que de tels certificats doivent bien préciser les dires au conditionnel, les doléances et les signes fonctionnels sous la responsabilité de celui qui les exprime, les constatations décrites avec minutie et objectivité, les conséquences formulées avec discernement en dissociant les certitudes par exemple « nécessite l'hospitalisation, telle intervention chirurgicale, ou une immobilisation plâtrée de x jours » des probabilités, l'on peut prévoir que l'ITT de travail sera de x jours ou semaines ou mois ».

4.3. LES C.M. DÉCRIVANT UN ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL PRÉCISANT LES ANTÉCÉDENTS, LEURS SÉQUELLES ET L'ÉTAT ACTUEL

Ils peuvent toujours être établis et remis à l'intéressé qui en fera l'usage qu'il décidera lui-même.

Il sera bon de s'enquérir de l'usage qui va en être fait, même si l'usage qui en sera fait ultérieurement devient différent. Il nécessitera souvent l'explication à l'intéressé des éléments qui peuvent lui être favorables ou défavorables dans telle optique d'utilisation dont lui seul demeurera maître.

Le médecin devra toujours être honnête, c'est-à-dire mentionner les éléments objectifs sans chercher par des éléments volontairement erronés ou mensongers (des omissions peuvent être de cette nature) à favoriser des intérêts injustifiés.

4.4. LES C.M. COMPORTANT DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX NÉCESSAIRES POUR FAIRE VALOIR UN DROIT

- * « est atteint de cécité ;
- * « est atteint d'une invalidité réduisant la capacité de travail de X % ;
- * « présente actuellement un état de grossesse dont le terme peut être prévu vers le... ».

Il importe de préciser que pour ces certificats, il ne suffit pas d'affirmer il convient de justifier.

* « Après examen ophtalmologique pratiqué le... à..., l'acuité visuelle de

l'œil droit après correction demeure inférieure à 1/50 et l'œil gauche a été énucléé ;

* « Présente telle lésion et cette lésion réduisant sa capacité de travail de X % ».

4.5. LES C.M. DESTINÉS À CONCLURE

- * à un besoin, à une impotence
- * à une aptitude ; à une inaptitude

De tels certificats, classés suivant les catégories schématisées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins de France dans « les certificats demandés par le malade que le médecin peut toujours établir » nécessitent de plus en plus pour être efficaces, sinon un diagnostic précis, du moins **des motifs médicaux à l'appui de l'affirmation du besoin, de l'inaptitude ou de l'impotence.**

De plus en plus, ces certificats médicaux rentrent dans le cadre des « certificats demandés par le malade comportant des renseignements médicaux indispensables **pour faire valoir un droit** ».

Il est habituel au cours des expertises judiciaires que de tels certificats soient présentés parmi les autres documents médicaux et le médecin-expert se doit souvent de les passer au crible de sa critique pour éclairer le juge sur leur bien ou mal fondé.

4.6. LES C.M. D'APTITUDE À LA CONDUITE DES VÉHICULES OU L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE

C.M. à l'égard desquels, il convient d'inviter à la prudence rédactionnelle surtout s'il s'agit des personnes présentant un handicap incompatible avec la conduite de véhicule ou s'il s'agit de l'exercice de sports dangereux ou de compétition.

S'il est souhaitable de réserver le contrôle de l'aptitude à l'exercice d'une activité sportive de compétition à des **médecins spécialistes du contrôle médico-sportif**, l'évolution paraît se faire vers la compétence des médecins traitants quitte à susciter des contre-visites par des médecins des clubs et de la Fédération.

Pour le « haut niveau », l'on doit recommander la prudence en suscitant un contrôle électrocardiographique.

Si le médecin traitant s'estime compétent pour déterminer l'aptitude qu'il le fasse en précisant bien la date de l'examen, les investigations cliniques qu'il a effectuées et la connaissance qu'il a prise de tel ou tel examen complémentaire qu'il a demandé.

Cette énumération des C.M. les plus demandés est loin d'être complète. Notre souci est uniquement d'insister sur les certificats dont la rédaction est de plus en plus réclamée à un médecin traitant. L'on peut évoquer pour mémoire certains formulaires de certificats médicaux tels que les formulaires de certificat médical prénuptial, certificat médical de décès, certificat d'aptitude à la conduite de véhicules...

CONCLUSION

Acte social du médecin à côté de l'acte médical, il est possible de mesurer l'importance du certificat médical surtout quand, par une constatation initiale, il constitue le premier maillon d'une chaîne susceptible d'aboutir à des décisions médico-légales et juridiques dont l'importance ne peut échapper à personne.

Comme le souligne le Prof. A. HADENGUE « Le certificat médical n'est pas une simple formalité matérielle de l'exercice de la médecine, c'est un véritable acte de l'activité médicale, c'est même un **acte grave**, particulièrement **en matière de dommage corporel** ; il dépasse le colloque singulier, **ses conséquences intéressant des tiers, met en cause leurs responsabilités civiles et même pénales.**

« Le certificat médical est un témoignage de confiance qu'accordé la Société au corps médical ».

Sa rédaction est donc un **acte sérieux**, qui nécessite une **méthodologie précise** et un **souci de style adéquat**.

Sa rédaction ne doit en aucun cas être anodine, mais elle doit être explicite, au besoin adaptée et nuancée toujours expliquée à celui qui l'utilisera.

Sa rédaction doit donc être toujours réfléchie et soignée, « les mots demeurent nos esclaves ». Et comme le soulignait V. HUGO « ***la forme n'est-ce pas tout simplement le fond qui remonte à la surface ?*** »

MODELE DU CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

Je soussigné,
 Nom et Prénom :
 Docteur en médecine, spécialité :
 N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins :
 exerçant à :
 Adresse : N° Rue/Av.
 Ville/localité/gouvernorat :
 Certifie avoir examiné en vue du mariage M :
 N° (e) le
 demeurant à :
 C.I.N. N° : délivrée à Le
 établit le présent certificat après avoir procédé à un interrogatoire minutieux et à un examen clinique complet et pris connaissance des résultats des examens complémentaires suivants : (Mettre une croix (x) dans la case correspondante)
 - Groupe sanguin ☐
 - Hépatite Virale B ☐ Hépatite Virale C ☐
 - Radiographie du Thorax ☐
 par Rayon x
 - Autres
 Déclare en outre avoir :
 - Informé l'intéressé (e) des résultats des examens cliniques et complémentaires et des actions de nature à prévenir ou à réduire le risque pour lui (elle), son conjoint et sa descendance.
 - attiré l'attention du futur époux des risques d'une éventuelle Rubéole contractée au cours de la grossesse et l'avoir informé de l'existence d'un vaccin.
 - insisté sur les facteurs de risques propices pour quelques maladies (diabète, hypertension artérielle... etc)
 - conseillé l'intéressé (e) de se faire vacciner contre l'hépatite B.
 - avoir prodigué un conseil génétique y compris celui lié à la parenté entre les deux époux supposés et des conseils sur les méthodes de planification des naissances et insisté sur la nécessité de la surveillance de grossesse.
 en-fil de quoi, délivre le présent certificat à l'intéressé (e) en trois exemplaires pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Le

Signature et cachet

Observation :

Toute personne, se sachant atteinte d'une maladie transmissible et qui par son comportement concourt délibérément à sa transmission à d'autres personnes, est passible d'un emprisonnement de un à 3 ans (Loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles - articles 11 et 18).

Certificat médical d'importance médicale pour l'élaboration de la culture des sexes.

(Article 83 de la Loi n° 2003-49 du 24 janvier 2003, portant les règles techniques d'équipement et d'entretien des véhicules)

Assurance
 Matricule

☐ Déclaré DNG (1)

☐ Déclaré DNG (2)

avoir examiné (M ou F) :

N° de la
 C.I.N.
 Entente de l'Ordre de l'Ordre N°
 Affilié à la

A déclarer que l'état de santé de cette personne ne lui permet pas l'élaboration de la culture des sexes :

☐ autre situation (1)

☐ Déclaré DNG (1) pour une durée de
 continuant le
 cessant le

Fait à le

Signature et cachet du Médecin

Vu les services spécialisés de
 Ministère de l'Intérieur

(1) Déclaré DNG (2) pour une durée de
 continuant le
 cessant le

شهادة طبية أولية (C.M.I)

عدد التسجيل عدد الملف الطبي
أو عدد البطاقة الطبية
إلى الممضي أسفله الدكتور
المباشر بقسم
مستشفى
أشهد أن الأنسة ، السيد (ة)
العمر
عدد بطاقة التعريف تاريخ التسليم
حضر (ت) لدينا وصرح(ت) أن(ها) متضرر (ة) من :
☐ * حادث مرور
☐ * الاعتداء بالعنف
☐ * حوادث أخرى باستثناء حوادث الشغل والأمراض المهنية
تعرض(ت) له يوم على الساعة
أثر
تمت المعاينة يوم
A l'examen initial on note : (ة) المتضرر (ة)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
السبب المفترض :
لذا، تتطلب الحالة الصحية للمتضرر (ة) راحة أولية ب يوما ماعدى التعكرات الصحية
وسلمت هذه الشهادة بطلب من المعني (ة) بالأمر للدلاء بها عند الاقتضاء
أو سلمت هذه الشهادة بطلب من السلط الرسمية
في

الطابع والامضاء

وصل عدد

LA RESPONSABILITE MEDICALE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir la Responsabilité Médicale
2. Préciser les différents types de Responsabilité Médicale
3. Citer des exemples de Responsabilité Médicale Pénale par action coupable
4. Citer des exemples de Responsabilité Médicale Pénale par abstention coupable
5. Préciser les conditions générales de Responsabilité Médicale Civile

1. INTRODUCTION

La responsabilité, c'est l'obligation, morale ou juridique, de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences.

Lors de l'exercice de son art, le médecin est responsable de ses actes. Cette responsabilité présente des aspects particuliers, car le médecin a le pouvoir d'agir par des moyens parfois invasifs sur le corps et l'esprit des personnes afin de soulager et alléger leurs souffrances.

En droit tunisien, la responsabilité trouve son fondement dans la notion de faute.

Un médecin peut être, ainsi, à l'origine d'une faute médicale ayant des conséquences parfois dramatiques (décès).

C'est quoi une faute médicale ?

Pour J. Penneau « *C'est le manquement à un devoir préexistant que n'aurait pas commis un médecin avisé placé dans les mêmes conditions que l'auteur du dommage* ».

La base de la responsabilité médicale est la faute :

- c'est-à-dire qu'il faut que le médecin, ou l'équipe médicale ait commis une faute ;
- qu'il y ait un dommage, car si une faute n'a pas de conséquence, elle ne peut pas être poursuivie ;
- enfin, que la relation entre le dommage et la faute soit apportée, c'est-à-dire que c'est la faute qui est responsable des lésions qui sont constatées et de l'incapacité qui en découle.

Il appartient à la victime de prouver l'existence du lien de causalité.

Actuellement, on assiste à une augmentation régulière des procès en responsabilité médicale. Elle est due à plusieurs causes :

- d'abord, à l'augmentation de l'activité médicale ;
- l'extension du domaine de la médecine : actes de plus en plus techniques, d'où accroissement des risques ;
- une meilleure connaissance des fautes médicales par les malades et leur entourage.
- Une transformation de l'acte médical lui-même, qui tend à prendre un caractère moins humanisé (tous les appareillages ?) ;
- L'extension de l'assurance en responsabilité.

La responsabilité médicale peut entraîner la condamnation du praticien à une peine répressive d'amende et/ou de prison : c'est la **responsabilité pénale**.

La responsabilité médicale peut amener le praticien à réparer pécuniairement le préjudice qu'il a occasionné à son ma-

lade : c'est la **responsabilité civile**.

La responsabilité peut être jugée suivant les règles particulières à la puissance publique : c'est la **responsabilité administrative**.

La responsabilité médicale peut être enfin mise en cause, non plus devant les tribunaux, mais devant une juridiction professionnelle, le Conseil de l'Ordre des Médecins : c'est la **responsabilité disciplinaire**.

2. HISTORIQUE

La notion de responsabilité médicale existe depuis plus de quarante siècles, puisqu'on en trouve la preuve dans le Code d'Hammourabi. Le verset 218 gravé sur les stèles traite de la responsabilité médicale. On y trouve en effet « si le médecin traite un homme libre, d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze et le tue, ou si avec le poinçon de bronze il lui crève un œil, on lui coupera la main ». Mais curieusement au cours des siècles suivants, la notion de faute médicale et l'existence d'une responsabilité médicale ont été abandonnées.

Il faut voir là sans doute le fait que pendant une longue période et dans de nombreuses sociétés, la fonction médicale a été exercée soit par des sorciers ou des esclaves soit par des hommes de religion et a revêtu un caractère magique ou religieux.

Chez les Romains le médecin jouissait d'une grande impunité. On ne pouvait pratiquement rien lui reprocher en cas d'accident.

La médecine arabo-musulmane de l'époque, forte de ses connaissances « avant-gardistes », a réglementé beaucoup de choses dans l'art médical, mais le médecin n'en courait vraiment pas de responsabilité en cas d'échec ou de faute. En fait on est resté à l'aphorisme célèbre « je le pensais, Dieu l'a guéri ».

Les choses sont restées telles qu'elles jusqu'au début du 19^e siècle.

En effet et jusqu'en 1835 (en France), le médecin a été protégé par une immunité professionnelle liée en grande partie au caractère sacré de son art.

À cette date, un arrêt historique de la Cour de cassation française rejette le principe de l'irresponsabilité du médecin défendue par l'Académie de Médecine et accepte celui de la responsabilité médicale délictuelle.

Cette responsabilité médicale délictuelle est restée pendant des décennies la seule source en matière responsabilité médicale.

C'est en 1936 qu'un arrêt célèbre de la même cour de cassation française a introduit un autre tournant dans la responsabilité médicale en posant le principe de la responsabilité contractuelle du médecin.

La jurisprudence des cinquante dernières années a évolué. Ainsi sont apparues des notions de présomption de faute, de perte de chance et de responsabilité sans faute.

La responsabilité sans faute ou Aléa thérapeutique est un nouveau concept de responsabilité médicale (Loi française du 04/03/2002). C'est un concept de solidarité nationale en faveur des personnes victimes d'accidents médicaux non fautifs. Ainsi le patient peut voir ses préjudices réparés, sous certaines conditions, au titre de la solidarité nationale en raison d'accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale.

3. LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE PÉNALE

La responsabilité pénale est personnelle et individuelle et ne peut être couverte par aucune assurance.

3.1. FONDEMENT ET ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA R.M.P.

La responsabilité pénale du médecin se fonde sur les bases générales du droit en matière d'infraction pénale dont la réalité nécessite classiquement la présence de quatre éléments :

- 1 – Élément légal
- 2 – Élément matériel
- 3 – Élément moral dans le sens large du terme
- 4 – Élément injuste

L'absence de l'un des quatre éléments écarte la poursuite au titre d'infraction pénale, point capital qui explique dans une certaine mesure le nombre « relativement » restreint d'inculpations de médecins en vertu du Code pénal et qui quelquefois provoque la déception sinon la colère et l'indignation du malade qui se dit « sûr de son droit ».

1 – ÉLÉMENT LÉGAL : se définit par l'existence d'un texte au contenu précis et limitatif ce qui exclut toute « faute » non

prévue par le législateur, car il ne peut y avoir de délit ou de crime sans loi.

Article 1 du Code pénal « nul ne peut être puni qu'en vertu d'une disposition d'une loi antérieure ».

Donc en plus, la loi doit être antérieure à l'infraction pénale commise.

Prenons un exemple simple : la polygamie est actuellement interdite (par la loi) en Tunisie. Mais il n'est pas question de poursuivre pénalement ceux qui étaient polygames avant la promulgation de la loi.

De même en prenant un exemple plus « médical » l'interruption volontaire de grossesse était interdite dans notre pays. Depuis la loi de 1973, elle est autorisée sous certaines conditions. Mais le tout est précisé dans la loi.

2 – ÉLÉMENT MATÉRIEL : Il se traduit par un fait, une constatation objective qui correspond à l'exécution d'un acte interdit (homicide, blessures, révélation du secret médical...) ou l'inexécution d'un acte rendu obligatoire par la loi (non assistance à personne en danger, non-déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire...).

Cet élément matériel s'établit grâce aux données de l'enquête, de l'instruction, expertise...

3 – ÉLÉMENT MORAL DANS LE SENS LARGE DU TERME : Dans ce domaine l'élément moral a pour objectif la notion de faute (volontaire ou non) et de l'imputabilité de l'acte à un individu capable c'est à dire remplissant les conditions d'âge pour être pénalement responsable, et jouissant des ses facultés mentales. Là aussi, il y a souvent nécessité de faire intervenir des recherches complémentaires, des expertises...

Article 38 du Code pénal « l'infraction n'est pas punissable lorsque le prévenu n'avait pas encore atteint l'âge de 13 ans ou était en état de démence au temps de l'action ».

4 – ÉLÉMENT INJUSTE : Il a pour objet d'éliminer l'excuse absolutoire, la justification comme dans le cas de la légitime défense.

Article 39 du C.P. « il n'y a pas d'infraction lorsque l'auteur a été contraint par une circonstance qui exposait à un danger immédiat sa vie ou celle de quelqu'un de ses proches et lorsque ce danger ne pouvait être autrement détourné ».

On peut illustrer tout ce qui précède par un exemple simple.

Un médecin qui aurait pratiqué un avortement volontaire (I.V.G.) chez une femme enceinte de 5 mois. Ce médecin est pénalement responsable et donc passible d'une sanction du même ordre. En effet, dans le cas d'espèce les quatre éléments sont réunis :

- Loi de 1973 qui prohibe ce genre d'avortement et prévoit des sanctions (élément légal).
- L'avortement a eu lieu, on a pu le faire constater par différents moyens (éléments matériels).
- Le médecin a dépassé en principe l'âge de 13 ans ! (Élément moral)
- ni sa vie ni celle de quelqu'un de ses proches n'a été exposée à un danger « immédiat » s'il avait refusé de pratiquer cet acte illégal (élément injuste).

Le médecin risque de se trouver pénalement responsable lors de l'exercice de sa profession.

Dans ce domaine on peut ramener la responsabilité du médecin à deux catégories :

- l'action coupable du médecin
- l'abstention coupable du médecin.

3.2. RMP PAR ACTION COUPABLE

Les exemples et les cas de figure sont évidemment très nombreux, et nous nous contenterons d'évoquer seulement quelques cas :

3.2.1. ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ CORPORELLE DU MALADE

L'atteinte à l'intégrité corporelle des personnes est le plus souvent involontaire (Homicide, coups et blessures involontaires). Elle est rarement volontaire (Homicide, coups et blessures volontaires).

1 -Homicide, coups et blessures involontaires

Dans ce cadre, la faute résulte généralement d'un **acte positif** :

- erreur grossière de diagnostic;
- utilisation d'une substance médicamenteuse à la place d'une autre;
- surdosage d'un médicament toxique.

Mais la faute peut également résulter d'**une omission** :

- négligence dans la surveillance d'un opéré;
- absence d'un examen de laboratoire jugé indispensable.

Cette faute peut être la cause de la mort ou d'atteinte à l'intégrité corporelle et à la santé du patient.

Le médecin peut alors engager sa responsabilité devant les tribunaux répressifs en application des articles 217 et 225 du CPT.

D'après l'article 217 :

« l'homicide involontaire commis ou causé par maladresse, imprudence, négligence, inattention ou inobservation des règlements est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende ».

Quant à l'article 225 :

« celui qui par maladresse, impéritie, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements détermine des lésions corporelles à autrui ou en est la cause involontaire est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de... ».

Ces infractions nécessitent pour être réalisées un préjudice, une faute et un lien de causalité.

La faute, aux termes du législateur, présente les caractères de : « Maladresse, imprudence, négligence, inattention ou inobservation des règlements ».

Ces textes ont autorisé l'ouverture de poursuites judiciaires contre des médecins ou des chirurgiens en cas de :

- décès d'un malade au cours ou dans les suites d'une intervention chirurgicale;
- accidents vasculaires, musculaires ou infectieux après injections médicamenteuses;
- oubli de matériel d'intervention (compresses, instruments chirurgicaux...)
- erreur d'analyse : groupe sanguin...;
- brûlure par bistouri électrique;
- choc anaphylactique.

2- Homicide, coups et blessures volontaires

• L'euthanasie

Parler aujourd'hui l'homicide volontaire commis par un médecin dans l'exercice de ses fonctions, c'est évoqué inévitablement le délicat problème de l'Euthanasie.

Les débats, les opinions et les solutions proposées ne font pas l'unanimité sur cette question qui est l'une des questions les plus difficiles qui se posent actuellement à la conscience.

Sur le plan pénal, l'Euthanasie constitue un meurtre ou un assassinat lorsqu'elle se traduit par l'accomplissement d'un acte positif tendant à donner la mort.

Mais lorsque le médecin s'abstient d'apporter de soins pour refus d'acharnement thérapeutique, il pourra être poursuivi pour l'infraction de non assistance à personne en péril.

En droit Tunisien, l'aide au suicide est punie par l'art. 206 du CPT de 5 ans de prison.

• Infractions aux dispositions de la loi N° 91-22 du 25 mars 1991 relative au prélèvement et à la greffe d'organes humains :

En effet cette loi tout en instaurant la possibilité de prélèvement d'organes dans un but scientifique et thérapeutique pose des conditions strictes à ses opérations et prévoit des peines sévères pour quiconque ne les respecte pas. Ainsi, selon cette loi, il est interdit par exemple de prélever en vue d'une greffe :

- un organe vital en entier chez le vivant même avec son consentement;
- tout organe chez un mineur vivant;
- les organes de reproduction porteurs de gènes de l'hérédité;
- tout organe chez un cadavre s'il y a eu une opposition de son vivant ou dans certaines conditions de ses proches après son décès.

Il est également strictement interdit de faire commerce des organes humains.

Des peines lourdes sont prévues en cas d'infractions à ces interdictions.

La pratique de certaines interventions chirurgicales ayant pour seul but un changement de sexe est interdite dans notre législation

Article 221 du CP :

« La castration est punie de vingt ans de travaux forcés, si la mort s'en est suivie, la peine est celle de travaux forcés à perpétuité. »

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les coups et blessures volontaires sont en fait très rares, voire exceptionnels.

Par contre les coups et blessures involontaires sont fréquents et sont à l'origine de la plupart des plaintes et procès en R.M.

3.2.2. LA VIOLATION DU SECRET MÉDICAL (Q.S)

Le secret médical présente et garde son caractère général et absolu en matière pénale comme le prouve la jurisprudence. Il est fait strictement application de l'article 254 du CPT. La divulgation du secret médical est un délit.

3.2.3. LA DÉLIVRANCE DE FAUX CERTIFICATS (Q.S)

La législation tunisienne par le biais de l'art. 197 du CPT a prévu de réprimer catégoriquement la délivrance de faux certificats et des certificats de complaisance.

En effet, le délit d'établissement ou d'usage de faux certificats de complaisance est sanctionné par une peine d'emprisonnement de un an et d'une amende de 1000 Dinars.

Le délit de délivrance de faux certificats par corruption prévoit une peine de 5 ans d'emprisonnement et 5000 Dinars d'amende.

3.2.4. L'AVORTEMENT ILLICITE (Q.S)

La législation tunisienne est très précise quant à la responsabilité médicale en matière d'interruption de grossesse.

L'art. 214 du CPT tel qu'a été modifié par le décret-loi N° 73-2 du 26 septembre 1973 a établi pour l'avortement des conditions précises.

En dehors des conditions légales l'interruption de grossesse et illégale et punis par la loi.

3.2.5. L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

3.2.6. INFRACTION À LA RÉGLEMENTATION DE SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

3.2.7. INFRACTION À LA RÉGLEMENTATION CONCERNANT L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

3.2.8. INFRACTION À LA RÉGLEMENTATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES

3.2.9. INFRACTION À LA RÉGLEMENTATION DE LA MÉDECINE DE REPRODUCTION

3.2.10. INFRACTION À LA RÉGLEMENTATION RELATIVE AUX PRÉLÈVEMENTS ET À LA GREFFE D'ORGANES HUMAINS

3.3. RMP PAR ABSTENTION COUPABLE

L'abstention coupable ou délictuelle du médecin signifie que celui-ci n'a pas accompli un acte rendu obligatoire par la loi. En effet, pour la bonne marche de la société, la loi rend parfois obligatoire l'accomplissement de tel ou tel acte et punit celui qui refuse ou s'abstient de le faire. Il en est ainsi en médecine de certains faits qui doivent être par exemple révélés ou déclarés. C'est le cas :

- des déclarations des naissances (voir cours sur le secret professionnel)
- des déclarations des maladies professionnelles et des maladies transmissibles (loi N° 92-71 du 27 août 1992)
- dénonciation d'un projet de crime (loi N° 66-48 du 3 juin 1966).

Mais dans la plupart des cas l'abstention coupable du médecin est en rapport avec la non-assistance à une personne en péril.

3.4. ABSTENTION FAUTIVE (DÉLIT D'OMISSION DE PORTER SECOURS)

Le délit d'abstention fautive ou abstention délictueuse est assez récent puisqu'il a été créé par la loi N° 66-48 du 3 juin 1966.

Avant cette date l'obligation de porter secours était régie d'une part par le décret du 9 juillet 1942 portant obligation de secourir les personnes en danger d'autre part par l'article 143 du Code pénal « ceux qui, le pouvant, refusent ou négligent de faire les travaux, le service ou de prêter le secours dont ils ont été requis, dans les circonstances d'accident, tumulte, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités... sont punis de l'emprisonnement pendant un mois et d'une amende.... ». (donc plutôt réquisition)

3.4.1. LOI DU 3 JUIN 1966 (N° 66-48)

« **Article 1 :** « sera puni de cinq années d'emprisonnement et dix mille dinars d'amende quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un fait qualifié crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire.

Article 2 : « sera puni des peines prévues à l'article premier, quiconque **s'abstient volontairement** de porter à une **personne en péril l'assistance** que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours, si, faute d'être secourue, cette personne a perdu la vie, souffert d'un préjudice corporel ou subi l'aggravation de son état.

Encourt les mêmes peines celui qui, d'après les règles de sa profession, doit porter assistance et secours à autrui et qui, dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, s'abstient de le faire ».

Les dispositions de l'article 53 du Code pénal ne sont pas applicables à l'infraction prévue à l'alinéa 2 ci-dessus ».

3.4.2. CODE DE DÉONTOLOGIE :

Article 5 : « quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés ».

3.4.3. COMMENTAIRE DE LA LOI DE 1966

Tout d'abord, sur un plan général, le médecin ne peut se prévaloir d'une immunité au regard des juridictions faites pour les autres hommes; en dépit de sa technicité et de sa nécessaire indépendance, il est soumis à des normes juridiques générales et aux juridictions qui en ont la garde, même si ces normes générales doublent et confirment des normes professionnelles comme dans notre cas particulier (loi de 1966 et article 5 du code de déontologie).

Cependant la position du médecin vis-à-vis de l'article 2 de la loi de 1966 est très particulière et deux éléments doivent être considérés :

- d'une part le fait que le devoir du médecin de porter secours d'urgence à personne en danger est d'autant plus impératif que ce médecin bénéficie statutairement d'un « monopole » interdisant à tout autre qu'à lui l'acte médical.
- D'autre part le médecin possède seul le privilège (redoutable) de porter au corps humain des atteintes susceptibles d'entraîner des blessures, des infirmités... à condition que ce soit par souci de sauvegarder la vie et la santé et si le bienfait espéré dépasse « raisonnablement » le risque encouru.

On voit ainsi que le médecin est véritablement « asservi » par son monopole.

Certes ce monopole est-il atténué en cas d'urgence impérative ?

Le profane et à plus forte raison l'auxiliaire médical pouvant illicitement prendre des mesures salvatrices dans la mesure où il fait preuve d'une certaine compétence posant tout le problème de la délégation d'actes médicaux simples et dont l'efficacité est subordonnée à l'extrême rapidité d'application (massage cardiaque en attendant l'arrivée du médecin... accouchement dans une ambulance...).

Mais il y aura toujours des cas où quelles que soient les précautions prises, un médecin devra considérer son intervention immédiate comme indispensable en cas d'urgence.

3.4.4. ÉTUDE ANALYTIQUE DES ÉLÉMENTS DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI DU 3 JUIN 1966

1. « S'abstenir volontairement : cela suppose une attitude d'abstention avec une volonté déterminée de ne pas secourir ce qui exclut en principe le défaut d'attention ou l'oubli (nul n'est infailible) par contre l'intention malveillante ou « méchante » n'est pas nécessaire.

Exemple : un automobiliste qui a blessé une personne sur la route, qui a pu apprécier sainement le dommage causé (il était médecin) et qui sans risque n'a pas ébauché un geste de secours et a pris la fuite (problème chez nous du risque de lynchage par la foule).

2. Il s'agit d'une personne (à une personne en péril...)

Cela s'entend personne vivante, encore vivante au moment de la possibilité de secours un cadavre n'est plus une personne (chose, tas).

Exemple : l'automobiliste qui a écrasé une personne morte sur-le-champ « dont la cervelle était répandue sur le sol » est condamnable pour homicide et délit de fuite, mais pas pour omission de porter secours.

3. Le Péril

Selon le Littré péril = « quelque chose de fâcheux à craindre » (assez difficile à définir dans d'autre législation), mais l'article 2 définit lui-même d'ailleurs cette notion de péril « si faute d'être secouru, cette personne a perdu la vie, souffert un préjudice corporel ou subi l'aggravation de son état ».

Cela dit le péril doit être imminent rendant l'acte d'assistance immédiatement nécessaire.

D'une manière générale et s'agissant du médecin, les tribunaux admettent très largement cette notion de péril, et l'appel au secours adressé à un médecin équivaut en pratique à une présomption de péril.

Dans certains jugements il est même précisé que le médecin ne peut juger à distance de l'état du malade. Prévenu du danger, ayant donc connaissance du péril, le médecin doit intervenir. Par contre s'il n'a pas une connaissance personnelle du péril, il ne peut y avoir de poursuites. C'est le cas par exemple d'un appel n'ayant pas été transmis par un intermédiaire.

L'écueil majeur vient évidemment du fait que le plus souvent le médecin ne peut attendre de celui qui l'appelle des indications médicales valables. Aussi, cette carence d'informations précises impose-t-elle au médecin la presque obligation de toujours se déranger pour « voir et examiner » hormis les très rares cas où les renseignements verbaux sont suffisamment explicites. Ceci ne va pas sans poser de redoutables problèmes d'exercice : choix entre deux urgences, appels rétirés par un certain nombre d'habituels, plus banalement population trop importante pour un praticien.

4. « Sans risque pour lui ni pour les tiers » : c'est une sage réserve de la loi, mais qui appliquée à la lettre risquerait de rendre la loi inapplicable, car on est souvent en puissance de courir un risque en portant secours à une personne en péril, ne serait-ce que du fait même de la situation périlleuse.

Il y a toujours un risque à se jeter à l'eau pour sauver un noyé. De même que de faire du bouche-à-bouche à un malade contagieux. C'est souvent au juge éclairé par l'expert à apprécier la réalité du danger. La loi ne force pas à l'héroïsme.

Il existe un risque minime inhérent à chaque secours et qui est « dans des circonstances où un honnête homme eut dû agir sans risque sérieux pour lui ».

- . 5. « Soit par son action personnelle » c'est-à-dire avec les moyens dont on peut disposer en pareils cas. Moyens plus ou moins limités selon les circonstances, la compétence et l'intelligence de chacun.

Cependant il ne faut pas perdre de vue la liberté thérapeutique en particulier « si le médecin juge contraire à l'intérêt du malade d'improviser des soins qui postulent un milieu hospitalier, il est en droit de refuser cette improvisation » tout en veillant au transport de ce malade dans un milieu spécialisé dans les meilleures conditions possibles.

- . 6. « Soit en provoquant du secours » : certaines professions sont particulièrement exposées à ce délit, celles, paradoxales, dont la préoccupation majeure est de porter secours à autrui (médecins, mais aussi infirmiers, sages-femmes, auxiliaires médicaux en général).

Le médecin est souvent le dernier maillon de la chaîne de secours, toute demande de secours aboutit à lui, mais parmi tous ceux qui ont été témoins du péril, ne s'en trouve-t-il pas capable de donner le minimum de soins exigibles par la loi : faire la respiration artificielle....

Le délit d'abstention touche presque toujours le médecin, tout le monde se décharge sur lui, d'autres avaient peut être le moyen d'agir. Toujours la véritable « rançon » du « monopole médical ». En tout cas : secours pour le médecin = intervention...

- . 7. « Encourt les mêmes peines celui qui d'après les règles de sa profession » : ce paragraphe vise en premier lieu le médecin qui d'après les règles de sa profession doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat (article 5 du code déontologie), mais également d'autres professions : auxiliaires médicaux, police, protection civile...

- . 8. « Les dispositions de l'article 53 du Code pénal... »

Article 53 du Code pénal : « Lorsque les circonstances du fait poursuivi paraissent de nature à justifier une atténuation de peine et que la loi ne s'y oppose pas, le tribunal peut en les spécifiant dans son jugement, et sous les réserves ce après déterminées, abaisser la peine au-dessous du minimum légal... ».

Donc volonté du législateur d'être sévère envers certaines professions.

4. LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE CIVILE (RMC)

La responsabilité civile consiste par l'auteur d'un dommage à devoir en réparer les conséquences, le plus souvent par le versement de dommages-intérêts.

4.1. LA NATURE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

Il existe dans notre droit positif, deux sortes de responsabilités civiles :

- responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle ;
- responsabilité contractuelle.

4.1.1. LA RESPONSABILITÉ EST DÉLICTELLE ET/OU QUASI-DÉLICTELLE, au sens des articles 82/83 du code des obligations et des contrats (COC), quand l'obligation de réparer est fondée sur faute prouvée.

→ La responsabilité délictuelle : suppose une faute intentionnelle.

Elle trouve son fondement dans **l'art 82 du COC**.

« Tout fait quelconque de l'homme qui sans l'autorité de la loi cause consciemment et volontairement à autrui un dommage matériel ou moral oblige son auteur à réparer le dommage résultant de son fait, lorsqu'il est établi que ce fait en est la cause directe ».

→ La responsabilité quasi délictuelle : suppose une faute involontaire sans intention de causer un dommage.

Elle trouve son fondement dans **l'art 83 du COC** :

« Chacun est responsable du dommage moral ou matériel qu'il a causé, non seulement par son fait, mais par sa faute, lorsqu'il est établi que cette faute en est la cause directe ».

4.1.2. LA RESPONSABILITÉ CONTRACTUELLE :

La responsabilité civile est contractuelle quand elle résulte de l'inexécution d'une obligation née du contrat conclu entre deux parties, qui en vertu de l'article 277 du COC, ouvre droit à réparation du dommage qui en résulte.

L'article 277 précise :

« Les dommages-intérêts sont dus, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, et

encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de la part du débiteur ».

Pour bien saisir cette notion de contrat qui se forme entre le médecin et son malade, il faudrait rappeler l'arrêt de la Cour de cassation française de 1936 : « ... se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques... mais consciencieux, diligents, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science, que la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature également contractuelle... ».

La Cour de cassation a ainsi défini la nature de l'obligation du médecin.

Le contrat de soins présente les particularités suivantes :

- Il est tacite : non écrit, sous-entendu, non formellement exprimé.
- C'est un contrat synallagmatique, il comporte des obligations réciproques : obligation du médecin de donner des soins au patient, obligation du patient de rémunérer le médecin en contrepartie.
- C'est un contrat avec obligation des moyens et non des résultats le médecin ne s'engage pas à guérir dès lors qu'il connaît les aléas imprévisibles attachés au traitement du corps humain.
- Il peut seulement promettre de donner des soins consciencieux et dévoués, conformes aux données actuelles de la science.

4.2. LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA R.M.C.

La responsabilité civile dépend de trois éléments qui sont indissociables et doivent être cumulativement réunis :

- une faute commise par le médecin ;
- un préjudice causé au patient ;
- un lien de causalité adéquat entre la faute et le préjudice.

4.2. 1- LA FAUTE

La faute constitue le fondement de responsabilité.

La faute peut être :

- soit une faute contre l'humanisme médical (violation d'un devoir d'humanisme médical) ;
- soit une faute de technique médicale.

a – faute contre l'humanisme médical :

- non-assistance à personne en péril
- défaut d'information du patient : le médecin est tenu envers son patient d'une information : simple, intelligible et loyale.

b- faute technique : le médecin ne doit à son patient que des soins, non pas quelconques, mais conformes aux données actuelles de la science. Il n'est donc tenu que d'une obligation de moyens et non de résultats.

La faute peut être : de diagnostic, de traitement, de surveillance...

- Exemples :
- emploi d'un médicament erroné
 - piqûre mal faite → paralysie
 - mauvais entretien du matériel
 - défaut de surveillance
 - surdosage médicamenteux
 - oubli d'un examen biologique ou radiologique avant l'intervention
 - mauvaise position du malade → paralysie.

La faute peut être provoquée :

- **du fait personnel du médecin** : suppose que le médecin, par son action propre ou son inaction, a engendré une faute.
- **du fait d'autrui** : Le médecin peut employer à son compte un personnel auxiliaire, si les soins prodigués par ce personnel font partie de ceux qu'il doit donner au malade.
Il répond de leurs fautes. Cette notion de responsabilité du fait d'autrui trouve son fondement dans **l'art. 245 du COC** : « Le débiteur répond du fait et de la faute de son représentant et des personnes dont il se sert pour exécuter son obligation dans les mêmes conditions où il devait répondre de sa propre faute ».
- **du fait des choses inanimées** : Le médecin, maître des choses qu'il a sous sa garde, en assume le risque encouru et engage sa responsabilité. Cette notion trouve son fondement légal dans l'art. 96 du COC : « chacun doit répondre du dommage causé par les choses qu'il a sous sa garde, lorsqu'il est justifié que ces choses soient la cause directe du dommage ».

4.2. 2- LE PRÉJUDICE

Le préjudice doit être certain, actuel, réel et constant.

En droit les juristes distinguent le préjudice patrimonial ou économique et le préjudice extrapatrimonial ou non économique.

- **le préjudice patrimonial** : les lésions subies par la victime, l'atteinte à son intégrité physique ou psychique sont source de préjudice patrimonial.

Ce préjudice est constitué par les pertes de ressources occasionnées par l'incapacité temporaire et éventuellement les conséquences de l'incapacité permanente.

- **le préjudice extrapatrimonial** : n'affecte ni les gains ni les revenus :

- les souffrances endurées
- le préjudice esthétique
- le préjudice d'agrément.

En cas de décès : Ce sont surtout les fautes anesthésiques, le défaut de réanimation, de surveillance, les opérations retardées, le surdosage d'un médicament, qui constituent les fautes les plus retrouvées en cas de décès. Les préjudices qui en découlent sont appelés préjudice par ricochet, et les indemnités sont accordées aux ayants droit.

4.2. 3- LE LIEN DE CAUSALITÉ

Pour que la responsabilité du médecin soit engagée, il faut que soit établie l'existence d'un lien de causalité entre le fait médical fautif (fait dommageable) et le préjudice subi par le patient.

5. LA RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE (HOSPITALIÈRE).

En effet, lorsqu'une faute médicale est survenue dans un service public, tel l'hôpital public, c'est l'état qui est responsable du dommage, c'est donc lui qui va verser l'indemnité et le procès se déroule devant le tribunal administratif.

La responsabilité administrative trouve son fondement dans les articles 84 et 85 du code des obligations et des contrats et la loi organique du 96-39 du 3 juin 1996 relative au tribunal administratif (art.17).

Art 85 : « Le fonctionnaire ou employé public qui par son dol ou sa faute lourde, cause à autrui un dommage matériel ou moral dans l'exercice de ses fonctions ou de son service, est tenu de réparer le dommage lorsqu'il est établi que son dol ou sa faute en sont la cause directe. Cependant en cas de faute simple, les parties lésées n'ont une action contre le fonctionnaire qu'à défaut de tout autre moyen de se faire indemniser ».

Des dispositions de l'art. 85 du COC découlent deux données fondamentales :

- la faute peut être « simple » ou bien elle peut être « lourde »
- pour chaque catégorie de faute correspond un régime de responsabilité :
 - la faute simple : ou « faute de service » ; engage la responsabilité du service public, laquelle est de la compétence administrative.
 - La faute lourde : engage la responsabilité de l'agent, laquelle est de la compétence judiciaire.

Sont considérées des « fautes de service » par le tribunal administratif tunisien :

- la néphrectomie sur rein unique ;
- l'oubli de corps étranger à l'intérieur du corps de l'opéré ;
- l'accident de coronarographie ;
- l'élongation du plexus brachial d'un nouveau-né ;
- l'accident d'anesthésie ;
- le décès suite à un choc anaphylactique.

Le juge accorde la possibilité pour le Ministère de la Santé publique de recourir à une action récursoire contre l'agent fautif.

La loi organique du 96-39 du 3 juin 1996 relative au tribunal administratif (art.17) stipule que « l'administration peut être débitrice... à raison des préjudices anormaux provoqués par l'une de ses activités dangereuses... ».

6- LA RESPONSABILITÉ DISCIPLINAIRE (ORDINALE)

À côté de ces responsabilités juridiques existe une responsabilité ordinale.

Toute infraction à l'éthique professionnelle à la morale médicale et à la réglementation énoncée par le code de déontologie médicale constitue une faute disciplinaire

Pour un manquement à ses principes, le médecin encourt une responsabilité disciplinaire devant le conseil de discipline de l'ordre des médecins de Tunis.

Quels sont les actes qui justifient sa traduction devant le conseil de discipline :

- Le manquement à la confraternité ;
- Le défaut à un devoir humain envers des malades ;
- L'exercice illégal de la médecine ;
- La non-assistance à une personne en péril ;

- La divulgation du secret médical;
- La délivrance de certificat de complaisance.

Quelles sont les sanctions dont est passible ce médecin :

- Avertissement;
- Blâme;
- Interdiction temporaire d'exercer le métier;
- Radiation du tableau.

7. LA RESPONSABILITÉ MORALE

Dans un domaine où il apparaît que la technicité prend une place chaque jour un peu plus importante, le médecin n'oubliera pas que sa conscience devra entourer chaque acte médical c'est à sa conscience d'homme qu'est confiée le respect de la personne de son malade. Semblable responsabilité n'est qu'humaine, elle n'a pour juge que la conscience. Cette notion de responsabilité morale a guidé nos ancêtres pendant des milliaires et au cours des siècles le médecin n'avait pour juge que sa conscience et « Dieu ».

8- CONSÉQUENCES

Ces procès en responsabilité médicale ont des aspects négatifs et des aspects positifs.

8.1. ASPECTS NÉGATIFS DES PROCÈS EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Toute poursuite mettant en cause un praticien, quelle que soit la procédure, pénale ou civile, revêt un caractère douloureux pour le médecin et son entourage. À l'issue du procès, des conséquences fâcheuses peuvent survenir avec en tout premier lieu une baisse importante de la clientèle. Certains médecins ont ainsi dû changer de ville, voire de région. Psychologiquement, il s'agit d'une situation très difficile, où le médecin remis en question vit des moments très tendus, d'autant plus que la procédure peut durer plusieurs années avant qu'une décision judiciaire soit enfin rendue. Néanmoins, les poursuites médicales comportent quelques aspects positifs.

8.2. ASPECTS POSITIFS DES PROCÈS EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Les premiers procès en responsabilité médicale du début du XXe siècle ont porté sur des **cas de radiodermite** et ont ainsi attiré à nouveau l'attention du corps médical sur l'impérieuse nécessité de respecter les doses d'irradiation et prendre certaines protections indispensables.

En chirurgie, d'immenses progrès en matière de sécurité per et post opératoires ont été réalisés suite à des procès en responsabilité médicale. C'est ainsi que, légalement, chaque bloc opératoire doit être pourvu d'une salle de réveil équipée d'un matériel de réanimation.

9. CONCLUSION

Le médecin est un justiciable comme n'importe quel autre citoyen. La peur des médecins d'être poursuivis devant les tribunaux est toujours très vivace. À juste raison d'ailleurs, puisque l'on a pu assister, ces dernières années, à une recrudescence des procès en responsabilité médicale au fur et à mesure que la médecine progressait.

Le progrès a touché, même le mode d'exercice de la médecine, avec l'apparition de la télémédecine. Cette pratique soulève des difficultés d'application réglementaires et déontologiques.

Le procès pénal demeure toujours l'épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête de chaque praticien, bien que le nombre des poursuites pénales reste relativement faible comparativement aux milliers d'actes médicaux effectués chaque année par les médecins.

La responsabilité du médecin est souvent engagée :

- pour atteinte à l'intégrité corporelle selon les articles 217 et 225 du CPT c'est à dire pour une faute : « d'imprudence, d'inattention de négligence et d'inobservation de règlements »;
- pour délivrance de certificat de complaisance;
- parfois pour non-assistance à personne en danger ou divulgation de secret médical;
- exceptionnellement pour coups et blessures volontaires.

LE SECRET PROFESSIONNEL MÉDICAL

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1/ Expliquer l'intérêt du respect du secret professionnel et sa nécessité pour l'exercice de la médecine
- 2/ Connaître les bases légales et déontologiques du secret médical
- 3/ Préciser les caractères du secret médical
- 4/ Connaître les dérogations légales du secret professionnel médical
- 5/ Connaître certaines circonstances particulières d'application du secret : secret et entourage, secret entre médecins, secret et justice.
- 6/ Indiquer les conséquences de la violation du secret médical

1- INTRODUCTION

La règle du secret fait partie des traditions médicales les plus anciennes et les plus universelles. Le médecin qui manque au secret professionnel déshonore sa profession.

Le secret professionnel a été établi pour assurer la confiance nécessaire à l'exercice de certaines professions. En particulier le secret professionnel médical s'impose à tout médecin afin que le malade ne soit pas trahi et ne puisse penser pouvoir être trahi par celui qui le soigne.

Le secret est une condition nécessaire de la confiance des malades. Il est aussi un symbole : par sa discrétion chaque médecin manifeste le respect qu'il a de ses malades. Comme l'a souligné le Professeur Portes en 1950 (1^{er} président du conseil de l'ordre français) « Il n'y a pas de bonne médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret ».

L'obligation du secret médical est générale (comporte tout ce que le médecin a appris concernant le malade et la maladie) et absolue (vis-à-vis de tout le monde).

Mais les gens vivent en société et ont des problèmes en commun. Le législateur a apprécié que certains intérêts supérieurs exigent la révélation de certaines constatations médicales d'où les dérogations légales au secret médical dont la liste s'allonge de jour en jour.

Ces dérogations ne peuvent être édictées que par la loi (déclaration de naissance, déclaration des accidents de travail).

La divulgation du secret médical expose les dépositaires à des sanctions pénales, disciplinaires et civiles.

2- LA NOTION DE SECRET PROFESSIONNEL

2.1. L'OBLIGATION

2.1.1. OBLIGATION MORALE : au médecin, Hippocrate conseillait de garder le silence et d'observer la prudence dans ses propos :

Serment d'Hippocrate : « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés ».

2.1.2. OBLIGATION LÉGALE :

• **Article 254 du CPT :**

« Sont punis de six mois d'emprisonnement et de cent vingt dinars d'amende, les médecins, chirurgiens et autres agents de la santé, les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes qui, de par leur état ou profession, sont dépositaires de secrets, auront, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateur, révélé ces secrets.

Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent.

Elles sont à même d'apporter leur témoignage devant la justice, sans s'exposer à aucune peine, si elles sont citées à témoigner dans une affaire d'avortement ».

• **Loi organique n° 2004-63 du 27 juillet 2004**, portant sur la protection des données à caractère personnel et notamment dans la section II du chapitre V concernant le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé : articles 62, 63, 64 et 65.

Article 63 précise : « le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé ne peut être mis en œuvre que par des médecins ou des personnes soumises, en raison de leur fonction, à l'obligation du secret professionnel.

Les médecins peuvent communiquer les données à caractère personnel à des personnes ou établissements effectuant de la recherche scientifique dans le domaine de la santé suite à une demande émanant de ces personnes ou établissements, et sur la base d'une autorisation de l'Instance Nationale de Protection des Données à Caractère Personnel (INPDCP) »

• **Loi n° 97-83 du 20 décembre 1997 modifiant la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983** portant statut général des personnels de l'État a souligné dans son article 7 : « l'obligation de discrétion professionnelle » par ailleurs, dans son article 56 elle stipule « en cas de violation du secret professionnel, le ministère public doit être saisi sans délai »

2.1.3 OBLIGATION PROFESSIONNELLE (ARTICLES 8 ET 9 DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE) :

Art 8 « Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi ».

Art 9 « Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient avisées de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment ».

2.2. LES PERSONNES TENUES AU SECRET:

2.2.1. LE PERSONNEL MÉDICAL

2.2.1.1. Le personnel soignant :

- Les médecins traitants, mais aussi les étudiants en médecine en stage (externes, internes, résidents);
- les dentistes;
- les pharmaciens;
- les sages femmes;
- toutes les professions qui contribuent aux soins : infirmiers, nutritionnistes, kinésithérapeutes...;
- le biologiste, les laborantins.

2.2.1.2. Le personnel non soignant :

Certains médecins peuvent connaître l'état de santé d'un patient, en dehors de tout contexte de soins :

- les médecins des caisses de Sécurité Sociale;
- les médecins du travail;
- les médecins du travail des compagnies d'assurances;
- les médecins experts;

2.2.2. LE PERSONNEL NON MÉDICAL

- la secrétaire a connaissance des dossiers des patients;
- l'agent hospitalier.

Toutes ces personnes sont donc tenues au respect du secret.

2.3. LE DOMAINE DU SECRET MÉDICAL :

Le secret concerne toutes les informations confiées, mais aussi tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété lors de l'exercice médical.

Ainsi sont couverts par le secret :

- les déclarations du malade;
- les diagnostics;
- les thérapeutiques;
- les dossiers.

2.4. LES CARACTÈRES DU SECRET :

2.4.1. LE SECRET EST GÉNÉRAL ET ABSOLU :

La Cour de cassation française a depuis longtemps affirmé que ce secret était pour le médecin « général et absolu ».

- général, cela signifie qu'il porte sur toutes les informations connues par le médecin à l'occasion de son exercice professionnel;
- absolu, cela signifie que le médecin doit garder le silence vis-à-vis de quiconque sauf le malade.

De ce caractère général et absolu du secret, la jurisprudence française tire des conséquences importantes. Ainsi, il a été admis que :

- le malade ne peut délier le médecin de son obligation de secret ;
- le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins ;
- cette obligation ne cesse pas après la mort du malade.

2.4.2. LE SECRET EST INTANGIBLE :

Personne ne peut affranchir le médecin pas même le malade ni le tribunal.

Cette intangibilité pose des problèmes : fichier médical, médecin remplaçant, certificats médicaux.

2.4.3. LE SECRET EST D'ORDRE PUBLIC :

La divulgation du SM est une infraction dite d'ordre public, c.-à-d. qu'une poursuite peut être engagée par le procureur de la République, même en l'absence d'une plainte par un patient.

Les intérêts majeurs et légitimes de la société doivent être sauvegardés. Si les médecins révélaient les secrets confiés, les malades perdraient la confiance qu'ils ont dans les praticiens et ne se feraient plus soigner, d'où l'atteinte à la santé publique (ce qui représente un danger public).

2.4.4. LE SECRET RESPECTE L'INTÉRÊT DU MALADE :

Dans le certificat médical, mettre uniquement ce qui est utile au malade.

Le secret médical ne disparaît pas après le décès du malade et le médecin doit agir dans l'intérêt du défunt.

2.5. LES LIMITES DU SECRET

Le secret médical est nécessaire pour l'exercice de la médecine, car crée le climat de confiance entre le médecin et le malade.

La limite du secret médical est la loi, c'est elle seule qui oblige le médecin à se porter dénonciateur et non pas la police, le juge ou toute autre personne.

Le médecin doit garder secret, ce que le malade lui a confié, ce qu'il a constaté et ce dont il a pu avoir connaissance au cours de l'exercice des fonctions médicales.

Le médecin n'est pas tenu au secret :

- Vis à vis du malade lui-même : mais prudence, car souvent le médecin ne peut pas révéler tout au malade, sous peine de déclencher chez lui un choc émotionnel qui pourrait être préjudiciable à son état de santé
- Vis à vis du tuteur d'un mineur
- Vis à vis d'un tiers qui a assisté à l'examen
- Chaque fois qu'il existe une dérogation légale.

2.6. ÉVOLUTION DE LA NOTION DU SECRET MÉDICAL :

Transformation progressive de l'exercice de la médecine.

Le colloque singulier malade médecin devient de plus en plus rare.

Extension de la médecine sociale entraînant des contrôles médicaux par des personnes autres que le médecin traitant.

-Dans le cadre de la sécurité sociale : pour éviter la multiplicité des examens complémentaires, on admet que le médecin traitant **en accord avec son malade** peut transmettre au médecin contrôleur le résultat d'examens nécessaires contrôle médical (=secret partagé).

-Equipes chirurgicales, service médical = notion de secret collectif.

3- LES DÉROGATIONS LÉGALES AU SECRET

1- DÉCLARATION DES NAISSANCES :

Le médecin est tenu de déclarer à l'officier d'état civil la naissance d'un enfant à laquelle il a assisté, si cette déclaration n'est pas faite par le père (absent, décédé ou inconnu).

La déclaration doit contenir tous les éléments nécessaires à l'enregistrement de l'acte de naissance »

- la date, l'heure et le lieu de naissance
- le sexe et le prénom de l'enfant
- l'identité des parents.

2- DÉCLARATION DES DÉCÈS :

Le permis d'inhumer ne peut être délivré par l'officier d'état civil qu'après réception d'un certificat médical constatant la mort.

Le certificat est établi sur un imprimé composé de deux parties détachables : une partie nominale, destinée à l'état civil, et une partie anonyme, cachetée par le médecin et envoyée par la mairie au Ministère de la Santé publique.

En cas d'obstacle médico-légal à l'inhumation, c'est à dire lorsque les circonstances du décès sont violentes (crime, délit, suicide, AVP...), le médecin doit le signaler sur le certificat et alerter les autorités judiciaires compétentes.

3- DÉCLARATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES :

Loi n° 92-71 du 27.7.1992, relative aux maladies transmissibles complétée et modifiée par la loi 2007-12 du 12 février 2007
Décret n° 93-2451 du 13.12.1993 fixant les conditions et les formes de la déclaration des maladies transmissibles et des décès dus à ces maladies.)

La déclaration des maladies transmissibles est obligatoire. Elle comporte l'envoi sans délai, de deux cartes lettres, détachées d'un carnet à souche et adressées l'une au ministère de la Santé publique et l'autre à la Direction régionale de la Santé territorialement compétente. Les déclarations faites en vertu des dispositions de la présente loi ne constituent pas une violation au secret professionnel.

4- DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le praticien qui donne des soins à la victime d'un accident du travail doit établir un certificat indiquant l'état de celle-ci ainsi que les conséquences de l'accident ou ses suites éventuelles.

Un certificat détaillé doit être établi de nouveau au moment de la guérison ou de la consolidation.

Ces certificats doivent contenir « toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions.

5- HOSPITALISATION DES MALADES EN RAISON DES TROUBLES MENTAUX (loi n° 92-83 du 3/8/1992)

L'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux s'effectue selon trois modalités :

- hospitalisation libre
- hospitalisation à la demande de tiers
- hospitalisation d'office

Chaque modalité d'hospitalisation nécessite l'établissement de certificats médicaux par le psychiatre et le médecin praticien. Ces certificats vont révéler des faits médicaux normalement secrets; mais il s'agit là encore d'une dérogation au secret médical.

Il n'est pas nécessaire et sans doute peu souhaitable de certifier un diagnostic.

Il faudra procéder à une description des symptômes et du comportement du malade.

Le secret n'est levé que pour ce qui est l'objet propre du certificat : la description de l'état du patient et la nécessité du placement qui en résulte.

Toute autre révélation constituerait une violation du SM.

Le certificat comportera la formule suivante :

-en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers :

« Cet état nécessite que le malade soit placé dans un établissement régi par la loi de 1992 »

-en d'H.O. :

« Cet état rend le malade dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes et nécessite que le malade soit placé dans un établissement régi par la loi de 1992 »

6- LE SIGNALEMENT DES SÉVICES À ENFANTS : ART. 31 DU CODE DE PROTECTION DE L'ENFANT

Toute personne, y compris celle qui est tenue au secret professionnel, est soumise au devoir de signaler au délégué à la protection de l'enfance tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou morale (le mauvais traitement de l'enfant, l'exploitation sexuelle de l'enfant qu'il s'agisse de garçon ou fille).

7- AVORTEMENT ILLÉGAL :

C'est-à-dire pratiqué hors des conditions prévues par la loi de 1973 peut être dénoncé par le médecin aux autorités judiciaires.

Ce choix laissé au médecin de dénoncer ou non (à la justice) un avortement illégal vise à permettre aux avortées clandestines de bénéficier de soins médicaux sans risque d'être dénoncées en cas de complications post-abortum.

4-CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES D'APPLICATION DU SECRET

Il existe des circonstances particulières au cours desquelles peut se poser de façon plus ou moins embarrassante la question du secret. La jurisprudence, en l'absence de tout texte particulier, a eu l'occasion de se prononcer sur certaines de ces situations.

1- LE SECRET ET LA FAMILLE DU MALADE :

Le secret médical n'est pas opposable au malade pour qui il a été institué. L'information du malade est d'ailleurs une obligation du médecin. En revanche, l'entourage familial du malade, hormis le cas de mineurs ou le représentant légal peut être informé, n'a droit en principe à aucune indication de la part du médecin. En pratique, cependant, lorsque le traitement du patient requiert l'assistance des membres de sa famille, une certaine divulgation est nécessaire. De même, un diagnostic grave ou un pronostic fatal peut ne pas être révélé au malade, mais peut l'être à sa famille en accord avec l'article 36 du code de déontologie.

L'article 36 du code de déontologie : « Un pronostic grave ou fatal peut être dissimulé au malade. Il ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il peut l'être généralement à la proche famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

En matière de certificat médical, rappelons que celui-ci doit être remis qu'en main propre. Il ne saurait être question de le délivrer à un membre de la famille.

Cependant et toujours concernant la production des CM et en cas de décès du malade.

À l'égard des héritiers : lorsque la production d'un CM est le seul moyen d'apporter une preuve exigée ou permise par la loi, la jurisprudence a très clairement décidé que le médecin traitant du défunt ne viole pas le SM en remettant aux héritiers un CM sur lequel il relate les constatations faites sur leur auteur.

Il faut que la révélation n'ait pas pour objet « les secrets les plus intimes du défunt ». Il faut entendre essentiellement, semble-t-il, par cette expression des constatations médicales portant sur le domaine sexuel.

Ainsi, a été considérée comme violant le SM, le CM produit dans une instance en recherche de paternité, établissant que le défunt était atteint d'une stérilité consécutive à une adénomectomie prostatique.

2- LE SECRET ENTRE MÉDECINS :

Le secret professionnel entre médecins est absolu sauf lors d'une collaboration diagnostique ou thérapeutique. Évidemment, lorsque deux ou plusieurs médecins collaborent au traitement d'un malade, il est indispensable qu'ils échangent des renseignements dans la limite de ce qui est nécessaire à la conduite des soins. Mais rien n'autorise un médecin à donner des renseignements sur ses malades à un autre médecin qui ne participe pas aux soins. Certains médecins l'oublient, faisant comme si les secrets médicaux étaient en quelque sorte une propriété du corps médical. Il est évident qu'il n'en est rien.

3- LE SECRET MÉDICAL ET LA JUSTICE :

- **Perquisition et saisie** : la saisie de dossiers par un juge d'instruction est possible. Le magistrat instructeur se voit dans l'obligation de prendre toute mesure utile pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense (Perquisition en présence d'un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins).

- **Témoignage en justice** : le médecin juge des faits qu'il peut révéler avec l'accord du malade lorsque l'intérêt de celui-ci est en jeu. Il est admis en outre que le médecin, s'il est attaqué par son malade ou ses héritiers ou s'il a été involontairement associé à une escroquerie, pour se défendre et justifier sa bonne foi dans le cadre d'une action en justice effectivement engagée, peut faire état d'informations appartenant au domaine du secret médical.

- **Expertise judiciaire** : l'expert judiciaire, auxiliaire de justice, n'est délié du secret que pour les questions précises contenues dans sa mission et que vis-à-vis de l'autorité judiciaire que l'a commis.

4- LE SECRET MÉDICAL EN MÉDECINE DU TRAVAIL :

Il n'existe pas de dérogation au secret particulier à la médecine du travail. Le médecin de travail doit néanmoins faire connaître à l'employeur l'aptitude ou l'inaptitude d'un salarié à un travail donné.

5- LE SECRET MÉDICAL ET MÉDECIN-CONSEIL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

Il n'existe pas de dérogation particulière pour le médecin-conseil de la sécurité sociale, ce dernier ne donne à son administration que ses conclusions.

6- LE SECRET MÉDICAL ET MÉDECIN-CONSEIL D'ASSURANCE :

Il n'existe aucune dérogation en faveur des médecins-conseils d'assurance. Aucune information ne doit être directement livrée par le médecin traitant aux organismes d'assurance.

En matière d'assurance-vie, la seule information que le médecin est autorisé à communiquer aux organismes d'assurance est « décès par mort naturelle ». Il est aussi admis que le médecin traitant peut délivrer un CM indiquant que la cause de la mort est étrangère aux risques exclus par la police.

Un léger assouplissement de la jurisprudence existe cependant, ainsi : le médecin peut communiquer une information médicale lorsqu'il s'agit de la seule preuve possible pour permettre aux ayants droit de faire valoir un droit, par exemple le paiement d'un capital de décès (Cour d'appel, Paris 21/12/1964)

7- SECRET MÉDICAL ET INFORMATIQUE :

La diffusion des moyens informatiques, la facilité qu'ils donnent d'accéder à quantité d'informations font craindre la fin du secret médical.

En réalité, il n'en est rien si les précautions nécessaires sont prises pour manipuler ces nouveaux moyens. Multiples et indispensables, ces précautions se montrent capables, si elles sont respectées, d'assurer une sécurité plus grande que le moyen utilisant des supports papier traditionnels.

Carte à puce, code divers, sont des systèmes appropriés pour la protection, la sécurité et la confidentialité des données enregistrées.

8- SECRET MÉDICAL ET CORRESPONDANCE PROFESSIONNELLE :

La télémedecine, la télécopie, ne doivent être installées que dans les locaux de secrétariat médicaux, physiquement contrôlées et accessibles uniquement au personnel médical et paramédical. Ils doivent être munis de dispositif de sécurité permettant aux seuls destinataires de prendre des connaissances des données médicales directement nominatives.

5- LES CONSEQUENCES DE LA VIOLATION DU SECRET MEDICAL

La violation du secret médical constitue une infraction pénale, c'est un délit (art 254 CPT : 6 mois de prison et 120 dinars d'amende); c'est une faute déontologique grave de nature à entraîner une sanction disciplinaire (art 8 et 9 du CDM). Elle engage en outre la responsabilité civile du médecin si elle est à l'origine d'un préjudice causé au patient.

6- CONCLUSION

De très ancienne tradition, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine.

Le secret médical est la « pierre angulaire de la morale médicale ».

Garanti en Tunisie par le Code pénal, le secret médical est un droit du malade (intérêt privé), mais aussi un devoir de tout médecin (intérêt public). En principe, le S.M est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins.

Le secret n'est pas « la propriété du malade », qui n'en connaît pas toujours le contenu. Il n'est pas non plus « la propriété du médecin » et encore moins celle du corps médical ! Le S.M n'appartient à personne, le médecin n'en est que le dépositaire et ne peut se permettre aucune divulgation en dehors des cas où la loi l'oblige, l'autorise ou le laisse libre de donner certains renseignements.

C'est l'intérêt du malade qui doit dicter la conduite du médecin, le respect du SM ne doit pas être poussé jusqu'à l'absurde.

Dans certains cas, le silence du médecin porterait préjudice au patient.

L'ORDRE DES MEDECINS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- de préciser la mission générale de l'ordre des médecins,
- de décrire l'organisation du conseil national et des conseils régionaux de l'ordre des médecins,
- de préciser les attributions du conseil national et des conseils régionaux de l'ordre des médecins,
- de décrire la procédure de traduction d'un médecin devant les instances disciplinaires de l'ordre des médecins,
- de préciser les attributions disciplinaires de l'ordre des médecins.

I- FONDEMENTS LÉGAUX

- Loi n° : 91-21 du 13 mars 1991 : relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de Médecin,
- Décret n° : 73-496 du 20 octobre 1973 : portant code de déontologie médicale,

En Tunisie, la profession médicale est organisée sur un mode corporatif.

L'ordre des Médecins groupe obligatoirement tous les médecins habilités à exercer leur art en Tunisie.

1) NATURE JURIDIQUE :

L'ordre n'est pas un organisme public, mais un organisme privé, investi d'une mission de service public.

Depuis son institution, les conditions légales de l'exercice de la médecine sont transformées. Désormais, ce n'est plus la Faculté de Médecine seule qui se porte garante de la qualité du praticien, ce sont aussi ses confrères :

- ses maîtres certifient ses capacités techniques,
- ses confrères, sa « valeur morale »,

Il est donc permis d'affirmer au sens le plus large du temps que l'ordre des médecins est tenu de gérer « service public », un « service d'intérêt général ».

2) MISSION GÉNÉRALE

- a) L'ordre des Médecins « veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement, indispensables à l'exercice de la profession de médecin, et au respect par tous ses membres, des devoirs professionnels édictés notamment par le code de déontologie ».
- b) Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession
- c) Il représente et défend les intérêts moraux de ses membres.
- d) Il organise toutes œuvres de retraite ou d'entraide pour ses membres.
- e) Il participe à la promotion et à l'encouragement de la recherche scientifique en collaboration avec les organismes spécialisés.

L'ordre accomplit sa mission par l'intermédiaire :

- du Conseil National,
- des Conseils Régionaux,
- et du Conseil de Discipline.

II. COMPÉTENCE ADMINISTRATIVE

A) DU CONSEIL NATIONAL

Il a son siège à Tunis

1) ORGANISATION

a) Composition : Il est composé :

- de 16 membres élus pour 4 ans par les membres de l'ordre,
- seuls sont éligibles :
 - les médecins de Nationalité Tunisienne,
 - Jouissant de leurs droits civiques,
 - Ayant 10 ans d'inscription au tableau

b) Élection : Elle a lieu :

- au scrutin secret et direct,
- et à la majorité relative des voix exprimées. En cas d'égalité des voix, est déclaré élu le candidat le plus ancien dans le classement au tableau de l'ordre.
- les membres sont renouvelables par moitié tous les deux ans et selon les mêmes règles,
- les membres ne peuvent être élus pour plus de deux mandats consécutifs,
- après chaque, le président du Conseil notifie sans délai, le procès-verbal de l'élection au ministre de la Santé publique et au Procureur général près La Cour d'appel de Tunis,
- le Conseil national élit un président parmi ses membres

c) Réunion

- sur convocation du président,
- au chaque fois qu'à la moitié au moins de ses membres le demande.

d) Délibération

- il ne peut délibérer que si la moitié au moins de ses membres sont présents,
- les délibérations ne sont pas publiques,
- aucune personne autre que les membres ne peut assister à ses délibérations,
- toutefois, un représentant du ministre de la Santé publique consultative, à la demande du Président du Conseil National.

2) ATTRIBUTION

Le Conseil National exerce les attributions générales de l'ordre. En outre :

- il statue sur les inscriptions au tableau,
- il étudie les questions rentrant dans le cadre de ses attributions ou qui lui sont soumises par la ministre de la Santé publique,
- il fixe le règlement intérieur de l'ordre,
- il fixe le montant de la cotisation qui doit être versé par chaque membre année la quotité de cette cotisation qui doit lui être versée par le conseil régional,

Le paiement de la cotisation est obligatoire sous peine de sanctions disciplinaires et des mesures prévues par le code de déontologie (Art 103).

- il accepte les dons et legs,
- il gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres sociales intéressant les membres de l'ordre ou leurs ayant-droit,
- il convoque aux assemblées générales ordinaires et extra-ordinaires de l'ordre.

B) DES CONSEILS RÉGIONAUX

Il est institué 5 conseils régionaux de l'ordre des médecins, répartis comme suit :

- un à Tunis : groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Tunis, l'Ariana, Ben Arous, Zaghouan, Bizerte et Nabeul,
- un à Béja : groupant les médecins qui exercent dans les gouvernorats de Béja, Jendouba, Siliana et le Kef,
- un à Sousse : groupant les Médecins qui exercent dans les gouvernorats de Sfax, Sidi Bouzid et Kasserine,
- Un à Sfax : groupant les Médecins qui exercent dans les gouvernorats de Sfax, Sidi Bouzid et Kasserine,
- Un à Gabès : groupant les Médecins qui exercent dans les gouvernorats de Gabès, Medenine, Gafsa, Tozeur, Tataouine et Kébili.

1) ORGANISATION :

a) Composition : le conseil régional de l'ordre des Médecins se compose de 8 membres élus pour 4 ans :

dont :

- 1 président
- 1 vice-président
- 1 secrétaire général
- 1 secrétaire général adjoint
- 1 trésorier
- 3 membres,

Plus parmi les membres du conseil régional

b) Élections

Les 3 membres sont élus pour 4 ans, par l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre et relevant de la circonscription territoriale de chaque conseil régional.

Les candidats doivent :

- être de nationalité tunisienne,
- jouir de leurs droits civiques,
- âgés de 30 ans au moins,
- inscrire au tableau de l'ordre depuis 3 ans au moins.

Le vote a lieu au scrutin secret.

Les membres du conseil régional sont élus à la majorité relative des voix exprimées. En cas d'égalité de voix, est déclaré élu, le candidat le plus ancien dans le classement du tableau de l'ordre.

- Les membres ne peuvent être pour plus de 8 mandats consécutifs,
- Après chaque élection, un procès-verbal est adressé, sans délai, au Conseil national de l'ordre.

Le président du Conseil national le notifie au ministre de la Santé publique et au Procureur général près la Cour d'appel compétente.

2) ATTRIBUTIONS

Le conseil régional exerce, dans le cadre de sa compétence territoriale et sous le contrôle du Conseil national, les attributions suivantes :

En plus des attributions générales de l'ordre

- Il accorde les autorisations aux stagiaires internes ou résidents en médecine en vue d'effectuer des remplacements dans les cabinets et les formations sanitaires privées.
- Il perçoit la cotisation qui doit être versée par les médecins relevant de sa circonscription territoriale,
- Il examine les conventions, contrats et avenants relatifs à l'exercice de la profession,
- Il détient le tableau de l'ordre des médecins que lui communique régulièrement le Conseil national,
- Il communique au Conseil national toute modification concernant notamment les adresses et le mode d'exercice des médecins relevant de sa compétence territoriale,
- Il donne son avis au Conseil national sur l'ouverture de cabinet médical et d'une manière générale sur toute question intéressant les activités médicales dans sa circonscription territoriale,
- Le conseil régional n'exerce pas de pouvoir disciplinaire,
- D'une manière générale, et à l'exclusion du pouvoir disciplinaire, le conseil régional exerce les prérogatives qui lui sont dûment déléguées par le Conseil national.

III COMPÉTENCE DISCIPLINAIRE

Est attribuée :

1) AU CONSEIL DE DISCIPLINE : (JURIDICTION DE 1^{ERE} DEGRE)

A) COMPOSITION : PAR LE :

- conseil national de l'ordre assisté d'un conseiller juridique désigné par ce conseil,
- le conseiller juridique ne participe pas au vote.

B) PROCÉDURE

Le conseil de discipline se réunit sur décision du Conseil national de l'ordre siégent à huis clos; à la requête (demande) :

- du ministre de la Santé publique,
- du Procureur général près la Cour d'appel de Tunis,
- ou d'un des membres du Conseil National de l'ordre.

* Les manquements aux règles édictées par le code de déontologie médicale sont de la compétence du conseil de discipline, quel que soit le mode d'exercice du médecin.

Pour les fautes d'autres natures, les médecins chargés d'un service public ne peuvent être traduits devant le conseil de discipline qu'à la demande de l'administration.

* Le conseil de discipline peut, soit à la demande des parties concernées, soit d'office, ordonner une enquête sur tout fait dont la connaissance est utile à l'instruction de l'affaire.

C) SANCTIONS :

Le conseil de discipline prononce, s'il y a lieu les sanctions disciplinaires suivantes :

- 1) L'avertissement
 - 2) Le blâme avec inscription au dossier
 - 3) L'interdiction temporaire d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions publiques et privées et d'exercer la médecine, et ce pour une durée n'excédant pas 3 ans.
 - 4) La radiation du tableau de l'ordre
- Les deux premières de ces sanctions entraînent, en outre, la participation du droit de partie du Conseil national ou du conseil régional pendant une durée de 1 an, les suivantes entraînent la privatisation de ce droit à titre définitif.
 - Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin mis en cause n'ait été entendu ou appelé à comparaître devant le conseil de discipline, dans un délai minimum de 15 jours, à compter de la date de la réception de la convocation par lettre recommandée avec accusé de réception, expédiée à la dernière adresse de l'intéressé connu par le Conseil national de l'ordre.
 - Si le médecin ne comparait pas après avoir été convoqué selon les procédures réglementaires, il peut être jugé par défaut.
 - Le Médecin traduit devant le conseil de discipline, peut se faire assister soit d'un confrère, soit d'un avocat, ou de deux à la fois.

Il peut également obtenir communication du dossier de l'affaire et en lever copie.

- Il peut exercer devant le conseil de discipline le droit de récusation (refuser d'accepter les modalités...) dans les conditions prévues aux articles 248 et suivant du code de procédure civile et commerciale.
- À la suite de chaque séance du conseil de discipline, un procès-verbal est établi, approuvé et signé par les membres du conseil et enregistré.

Il est le cas échéant, signé par les personnes interrogées.

- Les décisions du conseil de discipline sont motivées et doivent intervenir dans un délai maximum de 3 mois.
- les décisions sont prises en présence des 2/3 des membres au moins et à la majorité des voix des membres présents.

Dans le cas d'une sanction de radiation du tableau, la décision du conseil de discipline est prise à la majorité des 2/3 des membres présents au moins.

- Le président du conseil national doit dans un délai ne dépassant pas 15 jours, transmettre une copie de la décision :
 - Au médecin concerné,
 - Au ministre de la Santé publique,
 - Au Procureur général près la Cour d'appel de Tunis,
 - Et au président du Conseil Régional concerné
- Si la décision du conseil de discipline a été rendue sans que le médecin en cause ait comparu ou se soit fait représenter, celui-ci peut faire opposition dans un délai de 10 jours à compter de la notification de la décision du conseil.

D) LES DÉCISIONS

Les décisions du conseil de discipline sont susceptibles d'appel dans les 30 jours de la date de l'élection, de la notification, l'appel est formé par une requête présentée par :

- le ministre de la Santé publique
- Le procureur général compétent,
- La personne qui a le droit de vote (1 membre du conseil)
- Ou le médecin intéressé.
- L'appel a un effet suspensif sauf pour :
 - Les décisions de refus d'inscription au tableau prises par le Conseil national de l'ordre,
 - Et pour les cas d'interdiction temporaire d'exercer ou de radiation du tableau de l'ordre, où le conseil de discipline peut ordonner l'exécution immédiate de la sanction.

L'appel se fait devant la cour d'appel

2) LA COUR D'APPEL : (JURIDICTION DE 2^{EME} DEGRÉ)

Sans portées devant la cour d'appel compétente les décisions du Conseil national y compris les décisions :

- En matière disciplinaire,
- Le contentieux des élections au Conseil national et aux conseils régionaux
- L'appel relatif à l'inscription du tableau
- Ainsi que l'appel des décisions des conseils régionaux.

3) LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF : (JURIDICTION DE 3^{EME} DEGRÉ)

Peuvent se pourvoir en cassation devant le tribunal administratif contre les arrêts rendus par la cour d'appel :

- Le ministère de la Santé publique,
- Le Procureur général,
- Le médecin intéressé,
- Le Président du Conseil national et le président du conseil régional concerné.

Il importe de savoir que : l'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle :

- ni aux poursuites que le ministère de la Santé publique ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les conditions de droit commun,
- ni aux cautions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-débit,
- ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin fonctionnaire,
- ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en raison des abus qui leurs seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales.

Il importe de savoir que :

- après un délai de 3 ans au moins depuis une décision définitive de radiation du tableau, le médecin frappé de cette sanction, pourra être relevé de l'incapacité en résultat, par une décision du conseil de discipline, sur la base d'une demande formulée au président du Conseil national.

Si cette demande est rejetée, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai d'une année.

- Dans le cas où la radiation du tableau est la conséquence d'une condamnation prononcée par une juridiction répressive la demande de relèvement ne sera recevable qu'après expiration de la peine.

En conclusion

L'ordre des médecins a une double compétence :

- administration et disciplinaire de la plus grande importance
- Il doit veiller au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de ce « Sacerdote » et à l'observation par tous les médecins tunisiens des devoirs professionnels édictés par le code de déontologie.
- Il doit donc être le garant de l'honneur et de la moralité de la profession médicale.
- Il doit en outre organiser et gérer des œuvres d'entre et de retraite pour ses « participants » - les libres praticiens – pour lesquels historiquement il a été créé.
- Autrement, il ne peut être qu'un décor inutile et contesté...

LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir le terme déontologie
2. Enumérer les sources de la déontologie médicale
3. Enumérer les différents chapitres du code de déontologie médicale
4. Enumérer les grands principes déontologiques qui régissent la conduite du médecin dans l'exercice de sa profession
5. Citer les règles déontologiques qui régissent le certificat médical
6. Citer les règles déontologiques régissant le secret médical
7. Citer les règles déontologiques régissant le refus par le médecin de donner ses soins
8. Citer les règles déontologiques régissant les honoraires médicaux
9. Citer les règles déontologiques régissant le contrôle médical et l'expertise médicale
10. Enumérer les principes déontologiques régissant l'expérimentation et la recherche sur l'homme
11. Enumérer les principes et les règles régissant les différents modes d'exercice de la médecine
12. Enumérer les principes régissant les devoirs de confraternité entre médecins
13. Enumérer les règles déontologiques régissant les devoirs des médecins envers les membres des professions paramédicales et les auxiliaires médicaux.

Étymologiquement déontologie signifie : « Science des devoirs ». Le code de déontologie est un code d'Éthique (Science de la morale ou morale de la Science) : de morale médicale.

1. SOURCES DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La déontologie médicale a des sources très anciennes puisque le plus ancien code de déontologie est représenté par le serment d'Hippocrate. Ce texte fut rédigé au VI^e siècle avant J-C.

C'est depuis ce temps que le célèbre médecin grec faisait serment à ses élèves à la fin de leur formation dans la célèbre école médicale de l'île de « COS ».

Ce serment fit le tour du monde : des Grecs il passa aux romains et aux Arabes qui le léguèrent à la fameuse école des Salerne. De là il passa dans tout le monde occidental et asiatique.

Ce texte, devenu universel, est actuellement accepté par tous.

1.1. LE SERMENT D'HIPPOCRATE :

Le texte utilisé actuellement est celui du serment d'Hippocrate modifié au XIX^e siècle par le professeur LALLEMENT de Montpellier et baptisé à l'occasion « serment de Montpellier »

« En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

1.2. LA PRIÈRE DE MAIMONIDE :

Depuis la promulgation du Serment d'Hippocrate, de multiples textes touchent à ces problèmes virent le jour. Parmi les plus célèbres, il convient de citer le texte qui a été établi au XII^e siècle par Maimonide (1135-1204 av. J.-C.) de son vrai nom Moshe Ben Meimon (hébreu) ou Abou Omrane Ben Meimoune El Kortobi (en arabe) connu dans le monde entier comme philosophe, théologien et chef spirituel au moyen-âge.

Ce texte connu sous le nom de « prière de Maimonide » est la prière du médecin avant le travail, texte rempli d'« humilité et de grandeur qui apparaît comme un des actes de foi les plus nobles jamais prononcés depuis le « Serment d'Hippocrate » :

« O dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants.

« Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais. Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre.

« Que mon esprit reste clair au lit du malade, qu'il ne soit distrait par aucune pensée étrangère, afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures. Fais que mes malades aient confiance en moi et mon art, qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.

« Éloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils et les gardes qui savent toujours tout, car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'art et conduit souvent les créatures à la mort.

Si les ignorons me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art, comme une cuirasse, me rend invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis.

« Prête-moi, mon dieu l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers. Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science ».

1.3. LE CODE FRANÇAIS DE DEONTOLOGIE MEDICALE :

Par l'ordonnance du 24 septembre 1945, il est prévu que l'ordre des médecins soumette un code de déontologie aux pouvoirs publics, cette disposition ne faisant que reprendre des dispositions du Conseil précédent.

Ce code a été rédigé par le Conseil de l'ordre puis proposé aux pouvoirs publics; ceux-ci ont fait les termes par le Conseil d'État, comme il est d'usage en matière de décret « portant R.A.P » (Règlement d'administration publique).

- Il a été promulgué par le décret du 27 juin 1947, alors que la Tunisie était encore sous le protectorat français.
- Il a depuis été remanié pour des motifs rédactionnels, sous l'impulsion du Pr. PIEDELIEVRE par un décret du 28 novembre 1955 puis par un décret N° 79-509 du 28 juin 1979.

1.4. LE PREMIER CODE TUNISIEN DE DEONTOLOGIE MEDICALE :

En effet dans son article 13, la loi N° 58-38 du 15 mars 1958 relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin, de chirurgien dentiste et de vétérinaire a prévu un code de déontologie médicale.

Ce code n'a été promulgué qu'en 1973 par le décret N° 73-496 du 20 octobre 1973 portant code de déontologie médicale.

Néanmoins de 1958 à 1973 le conseil de l'ordre des médecins tunisiens recommandait aux médecins inscrits au tableau de se conformer aux prescriptions du code français de déontologie.

Le premier code tunisien de Déontologie médicale comportait 8 chapitres ou titres incluant 104 articles.

2. LE NOUVEAU CODE TUNISIEN DE DEONTOLOGIE MEDICALE :

2.1. PRÉSENTATION DU NOUVEAU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE :

L'actuel code tunisien de Déontologie médicale a fait l'objet du Décret N° :93 – 1155 du 17 mai 1993 paru au Journal Officiel de la République tunisienne N° 40 du 28 mai – 1^{er} juin 1993.

Le nouveau code de déontologie Médicale comporte 7 titres incluant 123 articles.

Ce nouveau code comporte deux types de modifications :

2.1.1. DES MODIFICATIONS STRUCTURELLES dans la mesure où il comporte 7 titres au lieu de 8 dans l'ancien code et 123 articles au lieu de 104.

2.1.2. DES MODIFICATIONS DE FOND présentées dans certains nouveaux titres et/ou nouveaux titres et/ou articles tels :

a. L'article 1^{er} : où l'on stipule que les dispositions du code s'appliquent non seulement aux médecins inscrits au tableau, mais aussi à tous les médecins exerçant dans le pays (contractuels et conventionnés étrangers, étudiants remplaçant des libres praticiens...)

b. L'article 7 qui témoigne de l'application des règles d'éthique professionnelle aux droits de l'homme.

c. L'article 9 qui élargit la règle du secret professionnel aux collaborateurs du médecin soignant.

d. L'article 13 qui restreint le champ d'activité du médecin aux domaines de ses qualifications et compétences.

e. L'article 14 qui fait de la formation médicale continue un devoir du médecin.

f. Le titre V : « Des règles particulières à certains modes d'exercice » qui comporte 6 chapitres (incluant les articles 64 à 98) réservés respectivement aux dispositions générales et à l'exercice de la médecine de contrôle, de la médecine d'expertise, de la médecine salariée, de la médecine de travail et de la médecine de libre pratique. Dans ce dernier mode d'exercice, la nouveauté réside en l'adoption et l'organisation de la médecine de groupe. Il faut noter que ce titre V nouveau remplace un titre V ancien qui était aux droits et devoirs du médecin en cas de conflit armé et qui a été supprimé, apparemment, en raison du fait que le médecin continue à revoir les mêmes devoirs et à bénéficier des mêmes droits en l'absence ou en présence d'un conflit armé.

Il faut ainsi remarquer que l'une des originalités du code de déontologie est d'entremêler aussi étroitement un code de morale amplifiant et précisant la vieille doctrine hippocratique et d'autre part un code administratif réglementant avec précision un grand nombre des aspects pratiques de la profession.

Aussi il est important de rappeler que le code de déontologie est un texte de loi. Il s'agit donc de dispositions de droit public auxquelles nul ne peut faire obstacle.

- Qu'il soit non médecin dirigeant une collectivité où exercent des médecins.
- Ou médecins comme il est stipulé dans l'article 1^{er} de ce code.

2.2. TEXTE DÉTAILLÉ DU NOUVEAU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE :

Décret N° 93 – 1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale.

Le président de la République ;

Sur proposition du ministère de la Santé publique ;

Vu la loi N° 91 – 21 du 13 mars 1991, relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecins et de médecins dentistes

Vu la loi N° 91 – 63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire ;

Vu le décret N° 73 – 496 du 20 octobre 1973, portant code de déontologie médicale ;

Vu le décret N° 90 – 1401 du 3 septembre 1990, fixant les modalités de l'expérimentation médicale ou scientifique des médicaments destinés à la médecine humaine ;

Vu le décret N° 91 – 1647 du 4 novembre 1991, relatif aux conseils régionaux de l'ordre des médecins et du conseil de l'ordre des médecins dentistes et fixant les modalités et le déroulement des élections de leurs membres ;

Vu l'avis du tribunal administratif.

Décrète :

Article premier :

Les dispositions du présent code s'imposent à tout médecin inscrit au tableau de l'ordre tenu par le Conseil national de l'ordre des médecins de Tunisie ainsi qu'à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues par la loi susvisée N° 91-21 du 13 mars 1991 ou par une convention internationale dûment ratifiée ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement.

Les infractions à ces dispositions relèvent du conseil de discipline de l'ordre.

TITRE PREMIER DES DEVOIRS GÉNÉRAUX DES MÉDECINS

Article 2 :

Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.

Article 3 :

Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades sans discrimination aucune.

Article 4 :

Sauf en cas de nécessité justifiée par l'intérêt des malades, le médecin ne doit pas exercer sa profession dans les conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux.

Article 5 :

Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat, si des soins médicaux ne peuvent lui être autrement assurés.

Article 6 :

Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public sauf sur ordre formel des autorités qualifiées.

Article 7 :

Un médecin sollicité ou requis pour examiner une personne privée de liberté ou pour donner des soins ne peut, directement ou indirectement ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

Article 8 :

Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi.

Article 9 :

Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient avisées de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Article 10 :

Les principes ci-après énoncés s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire ou serait de nature à compromettre le fonctionnement et le développement normaux des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

- Le libre choix du médecin par le malade
- La liberté des prescriptions du médecin
- Le paiement direct des honoraires par le malade au médecin sauf dérogations prévues par le présent code.

Article 11 :

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 12 :

Le médecin doit exercer sa profession dans les conditions lui permettant l'usage régulier d'une installation et des moyens techniques nécessaires à son art.

Article 13 :

Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Toutefois, un médecin ne doit jamais, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui ne lui sont pas familiers et qui dépassent sa compétence et la qualification qui lui est reconnue.

Article 14 :

Les médecins ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances.

Article 15 :

Il est interdit à un médecin d'exercer en même temps que la médecine, une autre activité incompatible avec la dignité professionnelle.

Article 16 :

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de propagande et de publicité sont interdits aux médecins.

Sont également interdites les manifestations spectaculaires touchant à la médecine et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Article 17 :

Sont interdits :

- 1) – Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite
- 2) – Toute ristourne en argent ou en nature faite au malade.
- 3) – Toute dichotomie entre médecins notamment tout versement, acceptation ou partage clandestin d'honoraires entre praticiens.
- 4) – Toute commission à quelque personne que ce soit.
- 5) – L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et notamment pour examens, prescriptions de médicament et d'appareils, envoi dans une station de cure ou établissement sanitaire privé.

Article 18 :

Sont interdites toutes facilités accordées à quelconque se livre à l'exercice illégal de la médecine.

Article 19 :

Tout compérage entre médecin et pharmacien, auxiliaire médical et toute autre personne est interdit.

Il est interdit à un médecin de donner des consultations dans les locaux dépendant d'un auxiliaire médical ou de toute autre personne exerçant une profession pouvant avoir des rapports avec son art.

Article 20 :

Il est interdit à un médecin d'exercer un autre métier ou une autre profession susceptible de lui permettre d'accroître ses bénéfices par ses prescriptions ou ses conseils d'ordre professionnel.

Article 21 :

Il est interdit à tout médecin qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user à des fins professionnelles pour accroître sa clientèle.

Article 22 :

Sont interdites à un médecin toutes pratiques propres à déconsidérer sa profession.

Article 23 :

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur les feuilles d'ordonnances et les annuaires sont :

- 1 – Celles qui facilitent ses relations avec ses patients : nom, prénom, adresse, numéro du téléphone et heures de consultation.
- 2 – La qualification qui lui aura été reconnue par le Conseil national de l'ordre des médecins.
- 3 – Les titres et fonctions universitaires et hospitalières qui doivent préciser la faculté ou l'hôpital dont il s'agit.

Ces titres et fonctions doivent être ceux en cours au jour de l'indication. Les titres et fonctions ayant précédé l'indication doivent obligatoirement être précédés de la mention « ancien ».

Article 24 :

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur la plaque apposée à la porte de son cabinet ou à l'entrée de l'immeuble l'abritant sont le nom, le prénom, les titres, les qualifications, les jours et heures de consultation. Cette plaque ne doit pas dépasser 25 cm sur 30 cm.

Sur la porte de son domicile, les seules indications qu'un médecin est autorisé à porter sont : le nom et prénom précédé du titre de docteur, quel que soit son mode d'exercice.

Article 25 :

L'exercice de la médecine foraine est interdit sauf dans les structures mobiles aménagées à cet effet par les autorités publiques.

Article 26 :

Le médecin ne doit pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner sa communication des réserves qui s'imposent.

Il ne doit pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Article 27 :

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, ordonnances, attestations ou documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Article 28 :

La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance constitue une faute grave.

Article 29 :

En cas de conflit armé, la mission essentielle du médecin est d'assurer la sauvegarde de la vie et de la santé humaine conformément aux dispositions des articles 1, 2 et 3 du présent code.

Article 30 :

Les membres de profession médicale doivent recevoir la protection nécessaire pour exercer librement leurs activités professionnelles.

Toute assistance leur sera donnée pour l'accomplissement de leur mission, en particulier ils auront le droit de circuler librement à toute heure, et de se rendre dans tous les lieux où leur présence est requise.

TITRE II DES DEVOIRS DES MÉDECINS ENVERS LES MALADES

Article 31 :

Le médecin, dès l'instant où il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il accepte de remplir cette mission, s'oblige :

- 1 – à lui assurer aussitôt tous les soins médicaux en son pouvoir en la circonstance, personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés.
- 2 – à agir toujours avec correction et aménité envers le malade.

Article 32 :

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention et s'il y a lieu en s'aidant ou en se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées.

Article 33 :

Dans toute la mesure compatible avec la qualité et l'efficacité des soins et sans négliger son devoir d'assistance morale envers le malade, le médecin doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes.

L'existence d'un tiers payant (assurances publiques ou privées, assistances, etc.) ne doit pas amener le médecin à déroger aux prescriptions prévues par cet article.

Article 34 :

Le médecin appelé à donner des soins dans une famille ou dans une collectivité quelconque doit s'efforcer d'obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Il doit par ailleurs faire la déclaration des maladies à déclaration obligatoire.

Article 35 :

Appelé d'urgence auprès d'un mineur ou d'un incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement légal, le médecin doit donner les soins qui s'imposent.

Article 36 :

Un pronostic grave ou fatal peut être dissimulé au malade. Il ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il peut l'être généralement à la proche famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 37 :

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Article 38 :

Le médecin peut se dégager de sa mission, à condition :

- 1- de ne jamais nuire de ce fait à son malade
- 2 – de fournir, à cet effet tous renseignements utiles à la continuité des soins.

Article 39 :

Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Article 40 :

Il ne peut être procédé à une interruption de grossesse que dans les cas et conditions prévues par la législation en vigueur.

Article 41 :

Au cours d'accouchement dystocique ou prolongé, le médecin doit se considérer comme étant le seul juge des intérêts respectifs de la mère et de l'enfant sans se laisser influencer par des considérations d'ordre familial.

Article 42 :

Le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraires avec tact et mesure, en tenant compte :

- Des tarifs et honoraires tels que déterminés par la législation et la réglementation en vigueur pour servir de base à la fixation des frais médicaux remboursés par les organismes de protection sociale.
- Des honoraires établis et révisés périodiquement par le Conseil national de l'ordre des médecins et les organismes professionnels et des circonstances particulières dont la situation du patient, la complexité et la difficulté de l'acte.

Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur sa note d'honoraires.

Article 43 :

Tout abus dans la fixation des honoraires établis dans les conditions prévues à l'article précédent constitue une faute professionnelle grave.

Article 44 :

Sous réserve de l'application des lois, il est interdit à tout médecin d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.

Il reste libre de donner gratuitement ses soins quand sa conscience le lui demande.

Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes.

Article 45 :

Le forfait d'honoraires pour la durée d'un traitement est interdit sauf pour les cas prévus par la législation et la réglementation en vigueur.

Le forfait pour l'efficacité d'un traitement est interdit en toutes circonstances.

Article 46 :

Tout partage d'honoraires entre médecin traitant d'une part, consultant, ou spécialiste d'autre part, d'une consultation ou d'un acte est formellement interdit. Chaque médecin doit présenter sa note personnellement.

En aucun cas, le spécialiste ou le consultant ne peut accepter de remettre lui-même les honoraires au médecin traitant, mais il doit préciser que ces derniers ne sont pas compris dans sa note.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires même non suivie d'effet constituent une faute professionnelle grave.

Article 47 :

Le chirurgien a le droit de choisir son ou ses aides opératoires.

Les honoraires de ceux-ci peuvent, soit être réclamés par eux à l'opéré, soit figurer sur la note que le chirurgien remet à l'opéré.

Toutefois, lorsque le chirurgien croit devoir confier les fonctions en consultation tout médecin inscrit au tableau de l'ordre. Il a la charge d'organiser les modalités de la consultation.

Si le médecin traitant ne croit pas devoir donner son agrément au choix exprimé, il a la possibilité de se retirer tout en respectant les obligations prévues aux articles 38 et 39 du présent code.

Article 54 :

À la fin d'une consultation, entre deux ou plusieurs médecins, il est de règle que leurs conclusions soient rédigées en commun, signées par le médecin traitant et contre signées par le ou les médecins consultants.

Quand il n'est pas rédigé de conclusions écrites, le médecin consultant est censé admettre qu'il partage entièrement l'avis du médecin traitant.

Article 55 :

Quand au cours d'une consultation entre médecins, les avis du médecin consultant et du médecin traitant diffèrent essentiellement, le malade doit en être informé, le médecin traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du médecin consultant prévaut auprès du malade ou de sa famille.

Article 56 :

Un médecin qui a été appelé en consultation ne doit pas revenir auprès du malade examiné en commun en l'absence du médecin traitant ou sans approbation au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

Article 57 :

Le médecin peut se faire remplacer auprès de sa clientèle par un confrère ou un étudiant en médecine selon les conditions et les modalités prévues par la réglementation en vigueur, après accord du conseil régional de l'ordre qui, informé immédiatement, apprécie si le remplaçant présente les conditions morales et professionnelles exigées. Le remplacement doit être mentionné de manière apparente à l'entrée du cabinet du médecin remplacé. Cette mention doit figurer aussi sur les documents délivrés par le médecin remplaçant.

Article 58 :

Un médecin qui, pendant ou après ses études, a remplacé un de ses confrères, ne doit pas s'installer pendant un délai d'un an après la fin du remplacement dans une circonscription définie par le conseil de l'ordre des médecins où il puisse entrer en concurrence directe avec le confrère qu'il a remplacé, sauf accord, lequel doit être notifié au conseil régional de l'ordre des médecins.

Article 59 :

Un médecin ne peut s'installer dans les locaux où exerçait un confrère dans les deux années qui suivent l'expiration ou la résiliation du bail de location sauf accord écrit de ce dernier.

Article 60 :

Un médecin ne peut pas installer son cabinet dans un immeuble où exerce un autre médecin de même discipline sans l'accord écrit donné par celui-ci.

Lorsque cet accord n'a pu être obtenu, le cas peut être soumis au conseil régional de l'ordre des médecins qui décidera.

Article 61 :

Il est interdit à tout médecin de se faire assister dans l'exercice normal, habituel, et organisé de sa profession par un médecin ou par un étudiant exerçant sous le nom du titulaire du poste.

TITRE IV DES DEVOIRS DES MÉDECINS ENVERS LES MEMBRES DES PROFESSIONS PARA-MÉDICALES ET LES AUXILIAIRES MÉDICAUX

CHAPITRE PREMIER - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 64 :

Les médecins participent aux gardes conformément à la réglementation en vigueur.

Article 65 :

L'exercice habituel de la médecine sous quelque forme que se soit au service d'organismes soumis au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit sauf pour les médecins placés sous régime d'un statut fixé par l'autorité publique.

Tout projet de convention ou renouvellement de convention, en vue de l'exercice de la médecine, doit être préalablement communiqué au conseil régional de l'ordre des médecins. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code, avec les clauses des contrats-types établis par le Conseil national de l'ordre et les collectivités ou institutions intéressées et avec les dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au conseil régional de l'ordre une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat soumis à l'examen du conseil.

Article 66 :

Sauf cas d'urgence et sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux services médicaux et sociaux du travail et à la médecine scolaire et universitaire aucun médecin qui assure le service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a le droit d'y donner des soins. Dans tous les cas il doit renvoyer la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou si le malade n'en a pas, lui laisser toute latitude d'en choisir un.

Article 67 :

Il est interdit au médecin qui, tout en faisant de la médecine de soins, pratique la médecine préventive dans une collectivité ou fait une consultation publique de dépistage d'user de cette fonction, pour augmenter sa clientèle.

CHAPITRE 2 - DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DE CONTRÔLE

Article 68 :

Nul ne peut être à la fois sauf cas d'urgence, médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et si le médecin est accrédité auprès d'une collectivité, aux membres de celle-ci.

Article 69 :

Le médecin contrôleur doit faire connaître au malade soumis à son contrôle qu'il l'examine en tant que médecin contrôleur. Il doit être circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou toute interprétation. Il doit être objectif dans ses conclusions.

Article 70 :

Le médecin contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement. Il se limite à examiner le patient et à donner son avis sur la justification de l'arrêt de travail.

Si au cours d'un examen il se trouve en désaccord avec son confrère sur le diagnostic ou le pronostic, et s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficulté à ce sujet il peut en faire part au conseil régional de l'ordre qui essayera de rapprocher les points de vue des deux médecins dans l'intérêt du malade.

Cette interdiction ne peut être interprétée comme une permission à effectuer d'autres actes incompatibles avec les qualifications reconnues au médecin, les moyens dont il dispose et les obligations qui lui sont imposées par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 71 :

Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret vis-à-vis de l'organisme qui l'a mandaté auquel il ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements d'ordre médical contenus dans le dossier établi ne peuvent être communiqués ni aux personnes autres que le médecin responsable du service médical ni à une autre administration.

CHAPITRE 3 - DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE D'EXPERTISE

Article 72 :

Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.

Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise s'il juge que certains éléments sont de nature à entraver son accomplissement normal notamment, quand les intérêts d'un de ses amis, d'un membre de sa famille proche, d'un de ses patients ou d'un groupement qui fait appel à ses services sont en jeu, il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

Il doit être objectif dans ses conclusions, et agir avec une totale indépendance.

Article 73 :

Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise informer de sa mission la personne qu'il doit examiner.

Article 74 :

Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin expert doit se récuser, s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères aux techniques proprement médicales, ou n'entrent pas dans le cadre de ses compétences.

Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommée.

Hors de ces limites, le médecin expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

CHAPITRE 4- DE L'EXERCICE SALARIÉ DE LA MÉDECINE

Article 75 :

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance professionnelle de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie

Il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé des personnes qu'il examine.

Article 76 :

En aucun cas un médecin ne peut accepter une rémunération basée sur des normes de productivité ou de rendement qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance.

Article 77 :

Pour exercer sa profession, le médecin salarié ne doit en aucun cas déroger aux prescriptions prévues par l'article 12 du présent code.

Article 78 :

Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers médicaux établis par les médecins salariés ne peuvent être communiqués ni aux personnes autres que le médecin responsable du service médical ni à une autre administration.

CHAPITRE 5 - DE L'EXERCICE SALARIÉ DE LA MÉDECINE

Article 75 :

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance professionnelle de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie.

Il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé des personnes qu'il examine.

Article 76 :

En aucun cas un médecin ne peut accepter une rémunération basée sur des normes de productivité ou de rendement qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance.

Article 77 :

Pour exercer sa profession, le médecin salarié ne doit en aucun cas déroger aux prescriptions prévues par l'article 12 du présent code.

Article 78 :

Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers médicaux établis par les médecins salariés ne peuvent être communiqués ni aux personnes autres que le médecin responsable du service médical ni à une autre administration.

CHAPITRE 5 - DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Article 79 :

La médecine du travail s'exerce conformément à la législation en vigueur.

Article 80 :

Le médecin du travail a une mission essentiellement préventive, il doit veiller au respect des règles relatives à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la protection de la santé des travailleurs.

Article 81 :

Outre le respect du secret professionnel, le médecin du travail est tenu dans l'exercice de ses fonctions de respecter scrupuleusement le secret de fabrication et en général les procédés d'exploitation dont il pourrait prendre connaissance à cette occasion.

CHAPITRE 6 - DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN LIBRE PRATIQUE

Article 82 :

La médecine de libre pratique s'exerce dans le cadre de cabinets individuels ou de groupe mono ou pluridisciplinaire ou dans le cadre de sociétés civiles professionnelles.

Sauf dispositions contraires prévues par la législation ou la réglementation en vigueur, les cabinets médicaux qu'ils soient individuels, de groupe ou faisant partie de sociétés civiles professionnelles doivent être installés en dehors des locaux des établissements sanitaires privés.

Article 83 :

Les prestations de consultations des médecins de libre pratique sont dispensées exclusivement dans leurs cabinets à l'exception des visites à domicile en cas d'urgence et des activités de médecine du travail, de médecine scolaire et universitaire, de contrôle et d'expertise.

Article 84 :

Les prestations des médecins de libre pratique au sein des établissements sanitaires privés sont réservées aux seuls malades hospitalisés dans ces établissements sauf dérogation prévue par la législation ou la réglementation en vigueur.

Article 85 :

Dans les cabinets médicaux, les actes sous anesthésie générale sont formellement interdits.

Cette interdiction ne peut être interprétée comme une permission à effectuer d'autres actes incompatibles avec les qualifications reconnues au médecin, les moyens dont il dispose et les obligations qui lui sont imposées par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 86 :

Un médecin ne peut avoir qu'un seul cabinet.

Tout cabinet médical doit être soumis à l'approbation préalable du conseil régional de l'ordre des médecins territorialement compétent qui vérifie sa conformité aux dispositions de l'article 12 du présent code.

Article 87 :

Le regroupement de médecins de même discipline ou de disciplines différentes peut se faire :

- a – soit dans le cadre d'un cabinet de groupe,
- b – soit dans le cadre d'une société civile professionnelle.

Le but du regroupement des médecins doit être l'amélioration de l'organisation matérielle de leur travail, la mise en commun d'équipements professionnels et de locaux.

La mise en commun des honoraires n'est autorisée qu'en cas de constitution de société civile professionnelle de médecine ou d'un cabinet de groupe monodisciplinaire.

Article 88 :

Les centres de diagnostic sont constitués sous la forme d'un cabinet individuel ou de groupe ou d'une société civile professionnelle.

Dans ces centres sont pratiqués exclusivement les examens et les explorations de biologie et d'imagerie médicale à visée diagnostique pour les malades adressés par leur médecin traitant.

Article 89 :

L'exercice de la médecine dans le cadre d'un cabinet de groupe ou d'une société civile professionnelle doit tenir compte également des règles particulières suivantes :

- a- Le respect de l'indépendance professionnelle de chaque médecin,
- b- La liberté de choix du médecin par le malade,
- c- L'obligation pour chaque médecin de disposer d'un cabinet d'examen personnel,
- d- Tout document médical doit porter le nom du médecin signataire,
- e- Les remplacements mutuels doivent se faire dans le cabinet d'examen du médecin remplaçant.
- f – L'obligation d'établir un contrat écrit définissant les moyens d'exercice ainsi que les droits et obligations des médecins concernés. Ce contrat doit être communiqué au conseil régional de l'ordre pour visa après vérification de sa conformité aux lois et règlements en vigueur.

Article 90 :

Dans les cabinets de groupe ou dans les sociétés civiles professionnelles, l'exercice de la médecine doit rester personnel.

La concertation qui suit éventuellement l'examen du malade par un ou plusieurs spécialistes exerçant dans le même cabinet de groupe ou dans la même société civile professionnelle ne doit faire l'objet d'aucun honoraire supplémentaire.

Article 91 :

Le cabinet de groupe réunit deux ou plusieurs médecins omnipraticiens, spécialistes de même discipline ou spécialistes de disciplines différentes.

Article 92 :

Les groupements de spécialistes de disciplines différentes peuvent être constitués à l'exclusion de la radiologie et de la biologie.

Toutefois, pour les centres de diagnostic, le groupement de radiologues et de biologistes est permis.

Article 93 :

En plus des indications prévues à l'alinéa premier de l'article 24 du présent code, les médecins exerçant dans un cabinet de groupe sont tenus de faire figurer sur la plaque apposée à la porte du cabinet ou à l'entrée de l'immeuble la mention « cabinet de groupe » suivie des noms et prénoms des médecins y exerçant. Cette plaque ne doit pas dépasser 40 cm sur 60 cm.

La mention « cabinet de groupe » doit figurer aussi sur les documents indiqués aux articles 23 et 27 du présent code.

Article 94 :

La société civile professionnelle de médecins est constituée conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 95 :

Lorsqu'il d'agit d'une société civile professionnelle la plaque apposée à l'entrée doit comporter la mention « société civile professionnelle de médecins » accompagnée de sa raison sociale ainsi que des noms et prénoms des associés. Cette plaque ne doit pas dépasser 40 cm sur 60 cm.

Sur la plaque appose sur la porte de son propre cabinet d'examen, le médecin associé doit faire figurer la mention « société professionnelle de médecins » et sa raison sociale ainsi que les indications prévues à l'alinéa premier de l'article 24 du présent code.

La mention « sociale civile professionnelle de médecins » doit figurer aussi sur les documents indiqués aux articles 23 et 27 du présent code.

Article 96 :

Un associé ne peut exercer sa profession à titre individuel sous forme libérale sauf à titre gratuit ni être membre d'une autre société civile professionnelle de médecins.

Article 97 :

Sous réserve des dispositions de l'article précédent, les associés doivent consacrer à la société toute leur activité professionnelle libérale de médecin.

Article 98 :

Les membres d'une société civile professionnelle de médecins doivent avoir une résidence professionnelle commune.

TITRE VI DES RÈGLES RELATIVES À L'EXPÉRIMENTATION ET AUX RECHERCHES SUR L'HOMME

Article 99 :

L'expérience sur un être humain doit respecter les principes moraux et scientifiques qui justifient la recherche en médecine humaine.

L'expérience sur un être humain doit être menée par des personnes scientifiquement qualifiées et sous surveillance d'un médecin qualifié.

Article 100 :

L'expérience ne peut être tentée légitimement que si l'importance du but visé est en rapport avec le risque encouru par le sujet.

Article 101 :

Avant d'entreprendre une expérience, il faut évaluer soigneusement les risques et les avantages prévisibles pour le sujet ou pour d'autres.

Article 102 :

Le médecin doit user d'une prudence particulière lorsqu'il entreprend une expérience qui risque d'altérer la personnalité d'un sujet à cause des médicaments et des procédés d'expérimentation.

CHAPITRE I - DE L'EXPÉRIMENTATION THÉRAPEUTIQUE

Article 103 :

Au cours du traitement, le médecin doit avoir la liberté de recourir à une nouvelle méthode thérapeutique s'il juge que celle-ci offre un sérieux espoir de sauver la vie, rétablir la santé ou de soulager les souffrances du malade.

Il doit dans la mesure du possible et compte tenu de la psychologie du patient se procurer son consentement libre et éclairé, et en cas d'incapacité juridique, le consentement du représentant légal remplace celui du malade.

Article 104 :

Le médecin ne peut associer l'expérimentation sur l'être humain et la médecine de soins en vue de l'acquisition de connaissances nouvelles que dans la mesure où cette expérimentation se justifie par une utilité thérapeutique à l'égard de son malade.

CHAPITRE II - DE L'EXPÉRIMENTATION NON THÉRAPEUTIQUE

Article 105 :

Dans l'application d'expérience purement scientifique entreprise sur l'homme, la fonction du médecin en tant que tel consiste à rester le protecteur de la vie et de la santé du sujet de l'expérience.

Article 106 :

La nature, le motif de l'expérimentation et les effets sur la vie et la santé du sujet de l'expérience doivent être expliqués par le médecin.

Article 107 :

L'expérimentation sur un être humain ne peut être entreprise qu'avec le consentement libre et éclairé du sujet.

Article 108 :

Le sujet soumis à l'expérience doit être dans un état physique, mental et juridique tel qu'il puisse pleinement sa faculté de choisir.

Article 109 :

Le consentement doit dans la règle, être donné par écrit, la responsabilité d'une expérience sur un être humain incombe toujours à l'homme de science et elle n'incombe jamais au sujet qui se soumet de plein gré à l'expérience.

Article 110 :

Le droit de chaque individu à sauvegarder l'intégrité de sa personne doit être respecté par l'expérimentateur, spécialement si le sujet se trouve dans un état de dépendance vis-à-vis de l'expérimentateur.

Article 111 :

Le sujet ou ses représentants légaux doivent être libres à tout moment de suspendre l'expérience.

L'expérimentateur et ses collaborateurs doivent arrêter l'expérience si à leur avis, sa poursuite risque d'exposer le sujet expérimenté à des dangers.

TITRE VII DISPOSITIONS DIVERSES

Article 112

Dans tous les cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins sont dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler à l'instruction tous les faits utiles parvenus à leur connaissance.

Article 113 :

Tout médecin, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil de l'ordre des médecins qu'il a eu connaissance du présent code et s'engage sous serment et par écrit à le respecter.

Article 114 :

Toute demande d'inscription au tableau de l'ordre des médecins doit être accompagnée du diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme admis en équivalence, d'un extrait du bulletin N° 3 et d'un document justifiant de la nationalité de l'intéressé.

Article 115 :

Le conseil de l'ordre statue sur toute demande d'exercer en spécialité ou en compétence dans les conditions et selon les règles de reconnaissance de la qualification prévues par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 116 :

Le conseil de l'ordre délivre à tout médecin, pour l'accomplissement de sa mission, un emblème distinctif, bâton serpen- taire rouge sur un fond blanc, portant le numéro d'inscription au tableau de l'ordre.

Article 117 :

Tout médecin qui s'installe pour la première fois doit soumettre au conseil régional de l'ordre le texte de l'annonce par voie de presse et en caractères normaux portant à la connaissance du public l'ouverture de son cabinet. Ces informations peuvent être faites dans des journaux différents le même jour pendant trois jours consécutifs uniquement.

En cas d'une absence d'un minimum de quinze jours et après avoir informé le conseil régional de l'ordre, le médecin peu, par voie de presse et par seule insertion, en avertir sa clientèle.

Tout changement d'adresse est annoncé dans les mêmes conditions par voie de presse, une seule fois

Article 118 :

Dans le cas où l'exercice de la profession médicale par un médecin inscrit au tableau de l'ordre devient impossible ou dangereux, le ministre de la santé publique informé saisit par écrit le Conseil national de l'ordre qui doit statuer, après avis motivé donné par quatre médecins experts dont deux sont nommés par le Conseil national de l'ordre et deux par le médecin incriminé. Au cas où ce dernier ne désigne pas deux médecins experts, le conseil de l'ordre y a pouvoir d'office dans la huitaine après mise en demeure infructueuse.

Le Conseil national de l'ordre peut être également saisi par un médecin.

Dans tous les cas, le Conseil national de l'ordre des médecins doit se prononcer dans un délai de deux mois à partir de la date de la saisie. Toutefois, et ce en cas d'urgence, le ministre de la Santé publique peut suspendre le médecin incriminé de ses activités jusqu'à ce que le Conseil national se prononce sur son cas.

Article 119 :

Le médecin qui cesse d'exercer est tenu d'en avertir le conseil régional de l'ordre des médecins. Celui-ci prend note de sa décision et en informe sans délai le Conseil national.

Article 120 :

Le médecin qui ne paye pas ses cotisations à l'ordre des médecins pendant deux années consécutives sera après mise en demeure radié temporairement du tableau de l'ordre.

Sa réinscription sera prononcée d'office dès qu'il aura acquitté ses cotisations.

Article 121 :

Les médecins qui n'exercent plus ne sont plus tenus au paiement des cotisations à l'ordre.

Article 122 :

Toutes dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées et notamment le décret N° 73-496 du 20 octobre 1973 portant code de déontologie médicale.

Article 123 :

Le ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel de la République tunisienne. Tunis, le 17 mai 1993 – Zine El Abidine Ben Ali.

EXERCICE DE LA MÉDECINE EN TUNISIE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Préciser les conditions d'exercice de la profession médicale en Tunisie, les dérogations et les interdictions prévues par la loi (1.1.)
2. Expliquer la procédure de l'inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins (1.2.)
3. Distinguer les différents modes d'exercice de la médecine en Tunisie (1.3.)
4. Définir la qualification du médecin spécialiste et du médecin compétent (**1.3.dernier §**)
5. Identifier les structures du **secteur public** dans lesquelles s'exerce la **profession de médecin (1.3.1)**
6. Préciser les **modalités d'exercice de la médecine de libre pratique** prévues par les dispositions réglementaires et les prescriptions déontologiques (1.3.2) et les **conditions de remplacement** dans les cabinets et les formations sanitaires privées (1.1.2°/b)
7. Enumérer les trois circonstances de l'exercice illégal de la médecine sanctionnées par la loi (**2**)
8. Analyser les dispositions du § 1 de l'article 6 de la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 (**2.1.**)
9. Préciser la **qualification juridique** des infractions pour exercice illégal de la médecine, la **procédure de poursuite**, les **juridictions répressives** et les **sanctions** encourues (**2.2. § 2.3.**)
10. Distinguer les guérisseurs des charlatans (**2.4.**)
11. Expliquer le phénomène des « illégaux » (**2.4.conclusion**)

L'exercice de la médecine en Tunisie a fait l'objet d'une réglementation stricte depuis bien longtemps.

AVANT D'EXPOSER LA LÉGISLATION ACTUELLEMENT EN VIGUEUR EN TUNISIE, RAPPELONS QUE :

1/. C'est au X^{ème} siècle qu'a été institué dans le monde arabe un diplôme d'État conférant le droit d'exercer la Médecine. Sa validité était réglementée par le Premier Médecin du Calife. L'exercice de la Médecine était d'ailleurs soumis à la surveillance du « MOUHTASSEB », sorte d'inspecteur de police qui veillait à la régularité des activités médicales et pharmaceutiques.

À cette époque, l'École de Kairouan, d'abord avec Ishaq BEN OMRANE, Ishaq BEN SOLEIMAN EL ISRAÏLY et le grand Ahmed IBN EL JAZZAR et l'école de Tunis ensuite avec EL CHERIF EL IDRISY SAKYLY ont jalonné l'extension de la science médicale qui a atteint rapidement CORDOUE et MONTPELLIER où elle a trouvé des conditions propices à son épanouissement ultérieur.

2/. C'est le décret beylical du 15 juin 1888 qui a d'abord réglementé en Tunisie l'exercice de la Médecine, de la Chirurgie et de l'art des accouchements.

Actuellement, l'exercice et l'organisation de la Médecine en Tunisie sont régis par **la loi n° 91-21 du 13 mars 1991** relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin-dentiste qui a remplacé la **loi n° 58-38 du 15 Mars 1958** et par le **décret n° 93-1155 du 17 mai 1993**, portant Code de déontologie Médicale.

1. DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE

1/ LES CONDITIONS (art.1 de la loi n° 91-21 du 31 mars 1991).

Pour exercer en Tunisie la profession de médecin, il faut être :

- De nationalité tunisienne
- Titulaire d'un Diplôme de Docteur en Médecine ou d'un diplôme admis en équivalence
- Inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins.

2/ DÉROGATIONS

- Pour les Médecins étrangers (art. 2)

Des autorisations d'exercer à titre **temporaire et révocable** la profession médicale peuvent être accordées par le ministre de la Santé publique après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins à des **Praticiens étrangers** qui formuleraient la demande d'exercer en Tunisie.

- Pour les stagiaires internés et les résidents (art.3)

Des autorisations d'exercice de la Médecine peuvent être accordées :

- a). par le **ministre de la Santé publique**, aux stagiaires internés et résidents en Médecine, appelés à exercer dans les structures hospitalières et sanitaires de l'état.
- b). par les **Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins**, aux stagiaires internés et résidents en Médecine appelés à assurer des remplacements dans les cabinets et les formations sanitaires privés.

Les modalités et les conditions d'octroi de ces autorisations et du déroulement de ces remplacements sont fixées par arrêté du Ministère de la Santé publique après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

3/ INTERDICTIONS :

Il est interdit d'exercer :

- Simultanément la Médecine et la Médecine dentaire ou d'exercer la Médecine d'une part et la pharmacie d'autre part même dans le cas de possession des 2 diplômes.
- La Médecine sous un pseudonyme.
- Une activité à caractère commercial : l'exercice de la profession médicale est incompatible avec l'exercice d'une **activité à caractère commercial** à l'exception de l'exercice des fonctions de Gérant, de Directeur ou de P.D.G d'un établissement sanitaire privé.

Autres interdictions prévues par décret du 31 juillet 1939 relatif à la répression du compérage dans les professions médicales :

- Est interdit par le fait pour quiconque exerce la profession médicale de recevoir sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites qu'ils s'agissent de médicaments, d'appareils, orthopédiques ou autres de quelques natures qu'ils soient.
- Sont interdits la formation et le fonctionnement des sociétés dont le but est la **recherche des intérêts ou ristourne** définis ci-dessus et revenant aux individus eux-mêmes ou au groupe constitué à cet effet ainsi que l'exercice pour le même objet de la profession de pharmacien ou de chef de laboratoire et de celles de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme.
- Est également interdite la vente de médicaments réservés d'une manière exclusive et sous quelque forme que ce soit aux médecins.

1.2. L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES MÉDECINS

(art.25, 26 et 34)

L'inscription au Tableau est une condition nécessaire pour l'exercice de la médecine.

1/ PROCÉDURE (ART.25)

Les demandes d'inscription au Tableau sont adressées au Conseil National de l'Ordre des Médecins sur un formulaire spécial accompagné :

- Du diplôme de Docteur en Médecine
- D'une copie du casier judiciaire (condition de moralité et d'indépendance).

2/ DÉCISION (ART.26 § 1,2 ET 5)

Le Conseil National de l'Ordre doit statuer dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la demande.

Le délai de 2 mois peut être prolongé au maximum pour une nouvelle période de 2 mois par décision motivée si supplément d'information paraît nécessaire ou s'il y a lieu de faire procéder à une enquête hors de Tunisie. La décision de prolongation est notifiée à l'intéressé dans un délai d'une semaine.

La décision du Conseil National de l'Ordre doit parvenir à l'intéressé par lettre recommandée dans la semaine qui suit la prise de la décision.

Toute inscription nouvelle doit être notifiée :

- Au ministre de la Santé publique
- Au procureur général près de la Cour d'appel.

3/. REFUS D'INSCRIPTION (ART.26 § 3 ET 4)

En cas de refus d'inscription, la décision doit être motivée.

À l'expiration du délai imparti au Conseil pour statuer, le défaut de décision est considéré comme une décision implicite de rejet susceptible de recours.

L'**appel** est formé par une requête présentée par le Médecin intéressé par la décision de refus d'inscription au Tableau devant la **Cour d'appel** compétente dans les 30 jours de la date de la notification de la décision. Le pourvoi en cassation se fait devant le **tribunal administratif**.

1.3. LES MODES D'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN TUNISIE

(art. 22 et 24)

- Les médecins habilités à exercer leur profession sont tenus de respecter les règles prévues par le Code de Déontologie quels que soient le mode et le lieu de l'exercice.

Le Médecin ne peut exercer sa profession conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, que :

1. dans un établissement hospitalier ou sanitaire public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé publique.
 2. dans un cabinet médical individuel ou de groupe ou dans le cadre d'une Société Civile Professionnelle.
 3. dans un laboratoire de biologie médicale
 4. dans une administration, une collectivité locale ou une entreprise publique ou privée
 5. dans le cadre de la médecine préventive ou de la médecine du travail et de toute mission de contrôle ou inspection médicale.
- Les médecins ne peuvent faire état d'une spécialité ou d'une compétence qu'après **qualification** délivrée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, selon les conditions et les modalités prévues par arrêté du Ministère de la Santé publique

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN TUNISIE

COMPLEMENT DU CHAPITRE :

LES MODES D'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN TUNISIE (page15)

(art.22 et 24 de la loi 91-21 du 13 mars 1991)

1.3.1. EXERCICE DANS LE SECTEUR PUBLIC. Le médecin tunisien qui remplit les conditions d'exercice et de qualification professionnelle peut exercer :

1/-dans les services et les laboratoires des établissements hospitaliers ou sanitaires :

- Des Hôpitaux universitaires

- Hôpitaux universitaires relevant du Ministère de la Santé : les E.P.S
- Hôpital universitaire relevant du Ministère de la Défense Nationale
Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis
- Hôpital relevant du Ministère de l'Intérieur : Hôpital des Forces de Sécurité Intérieure

- Des Hôpitaux régionaux

- Des Hôpitaux de circonscriptions

- Des Hôpitaux de garnison relevant du Ministère de la Défense Nationale

- De l'Institut de Santé et de Sécurité du Travail et des Polycliniques de la C.N.S.S. relevant du Ministère des Affaires Sociales

- Dans les centres de soins de santé de base (C/S.S.B) et les centres de protection maternelle et infantile (PMI)

2/ Dans une administration, une collectivité locale ou une entreprise publique :

- Dans une direction centrale et/ou régionale du Ministère de la Santé publique, du Ministère des Affaires Sociales, du Ministère de la Défense Nationale;
- Dans une collectivité locale : service d'hygiène de la Municipalité;
- Dans une entreprise publique : centre médical du Ministère des communications; Protection Civile; Direction du Contrôle médical de la CNSS, services médicaux de la STEG, de la SONEDE, de la SNCFT, etc.

1.3.2. EXERCICE DANS LE SECTEUR PRIVÉ.

Le médecin tunisien qui remplit les conditions d'exercice et de qualification professionnelle peut exercer :

1 °/-dans les services des établissements sanitaires privés (décret n° 93/1915 du 31 août 1993)

- Les hôpitaux privés;
- Les cliniques pluridisciplinaires ou polycliniques;
- Les cliniques monodisciplinaires;
- Les établissements sanitaires à but non lucratif.

2 °/dans les services médicaux du travail d'une Entreprise ou une Association Interentreprises de Médecine du Travail

3 °/dans le cadre de cabinets médicaux individuels ou de groupe ou de Sociétés Civiles professionnelles (décret n° 93-1155 du 17 mai 1993 : art.82 à 98)

RÉGLEMENTATION DES CABINETS MÉDICAUX :

Il importe de bien connaître que :

- Le cabinet médical doit être installé en dehors des locaux des établissements sanitaires privés (art.14 § 1 du décret n° 93/1915 du 31 août 1993 et art.82 du CDM) sauf dans des cas exceptionnels prévus par la réglementation (art. 9,14 § 2 et 22 § 1 du décret n° 93/1915 du 31 août 1993).
- Dans les cabinets médicaux, ne peuvent être effectués que les actes compatibles avec la **qualification reconnue au médecin**, les moyens dont il dispose et les obligations qui lui sont imposées par la législation et la réglementation en vigueur. Dans les cabinets médicaux, les actes sous anesthésie générale (par exemple) sont formellement interdits (art.85 du CDM).
- Un médecin ne peut avoir qu'un seul cabinet.
- Tout cabinet doit être soumis à l'approbation préalable du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins territorialement compétent qui vérifie sa conformité aux dispositions de l'art.12 du CDM.

a. Règles de l'exercice en libre pratique :

- **Exercice dans un cabinet médical individuel (art.86)**
- **Exercice dans un cabinet médical par des médecins regroupés.** Le regroupement de médecins de même discipline ou de disciplines différentes peut se faire :
 - Soit dans le cadre d'un **cabinet de groupe**,
 - Soit dans le cadre d'une société civile professionnelle

Le but du regroupement des médecins doit être **l'amélioration de l'organisation matérielle de leur travail, la mise en commun d'équipements professionnels et des locaux.**

La mise en commun des honoraires n'est autorisée qu'en cas de constitution de **société civile professionnelle de médecine** ou d'un **cabinet de groupe monodisciplinaire** (art.87 du C.D.M).

- Exercice dans un centre de diagnostic.

Les centres de diagnostic sont constitués sous la forme d'un cabinet individuel ou de groupe ou une société civile professionnelle.

Dans ces centres sont pratiqués exclusivement **les examens** et les **explorations de biologie** et **d'imagerie médicale à visée diagnostique** pour des malades adressés par le médecin traitant (art.88 du CDM).

→ Règles déontologiques :

1 °/L'exercice de la médecine dans le cadre d'un cabinet de groupe ou d'une société civile professionnelle doit tenir compte des règles particulières :

- b) le respect de l'indépendance professionnelle de chaque médecin,
- c) la liberté de choix du médecin par le malade,
- d) l'obligation pour chaque médecin de disposer d'un cabinet d'examen personnel (salle de consultation individuelle),
- e) tout document médical doit porter le nom du médecin signataire,
- f) les remplacements mutuels doivent se faire dans le cabinet d'examen du médecin remplaçant,
- g) l'obligation d'établir un contrat écrit définissant les moyens d'exercice ainsi que les droits et obligations des médecins concernés. Ce contrat doit être communiqué au Conseil Régional de l'Ordre pour visa après vérification de sa conformité aux lois et règlements en vigueur (art.89 du CDM).

2 °/Dans les cabinets de groupe ou dans les sociétés civiles professionnelles, l'exercice de la médecine **doit rester personnel.**

3 °/La concertation qui suit éventuellement l'examen du malade par un ou plusieurs spécialistes exerçant dans le même cabinet... ne doit faire **l'objet d'aucun honoraire supplémentaire** (art.90 du CDM).

→ Conditions de constitution du cabinet de groupe :

- Le cabinet de groupe réunit deux ou plusieurs médecins omnipraticiens, spécialistes, de même discipline ou spécialistes de disciplines différentes (art.91 du CDM) à l'exclusion de la radiologie et de la biologie. Toutefois, pour le centre de diagnostic, le groupement de radiologues et de biologistes est permis (art.92 du CDM).

→ Conditions pour indiquer l'exercice :

En plus des indications prévues à l'alinéa premier de l'art.24 du DCM,

- Les médecins exerçant dans un **cabinet de groupe**, sont tenus de faire figurer sur la plaque apposée à la porte du cabinet d'entrée de l'immeuble la mention « cabinet de groupe » suivie de noms et prénoms des médecins exerçant. Cette plaque ne doit pas dépasser 40 cm sur 60 cm.

La mention « cabinet de groupe » doit figurer sur les ordonnances et tous les papiers à en-tête de chaque médecin (documents indiqués aux art.23 et 27 du CDM) (art.93 du CDM)

- Lorsqu'il s'agit d'une société civile professionnelle, la plaque apposée à l'entrée doit comporter, la mention « Société Civile Professionnelle de Médecins » accompagnée de sa mission civile ainsi que des noms et prénoms des associés. Cette plaque ne doit pas dépasser 40 cm sur 60 cm.

Sur la plaque apposée sur la porte de son propre cabinet d'examen, le médecin associé doit faire figurer la mention « **Société Professionnelle de Médecins** » et sa raison ainsi que les ordonnances et tous les papiers à en-tête (documents indiqués aux art.23 et 27 du CDM) (art.95).

- Un médecin « associé » ne peut exercer sa profession à titre individuel sous forme libérale sauf à titre gratuit, ou être membre d'une autre société civile professionnelle de médecins (art.96 du CDM).

Les médecins d'une même Société Civile Professionnelle doivent consacrer à la Société **toute leur activité professionnelle libérale** de médecin (art.97) et avoir une **résidence professionnelle commune** (art.98 du CDM).

Il importe de :

1 °/ **SAVOIR** que :

Le Conseil de l'Ordre met à la disposition des médecins :

- Des modèles de contrat d'association ;
- Des formulaires de demandes de remplacement. Il importe de rappeler que tout remplacement de médecin dans le secteur privé doit être autorisé par le Conseil Régional de l'Ordre et doit être formulé avant la date de remplacement.

Il est interdit à un médecin de libre pratique de se faire remplacer par un médecin de libre pratique...

2 °/ SE **RAPPELER** que :

- Tout contrat et convention signés par un médecin doivent être visés par le Conseil de l'Ordre, sous peine de sanctions disciplinaires.
- Tous les médecins sont tenus de se conformer à l'arrêté du 7 juillet 1992 relatif à la qualification de **médecin spécialiste** et de **médecin-compétent**. Dans le bulletin n° 5 (page2), le conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Tunis rappelle que, passé le délai accordé par le Conseil de l'Ordre (31 mai 1993) toute mention de titre, de spécialité ou de compétence non reconnues par l'Ordre des médecins constitue une **usurpation de titre et** expose à des sanctions disciplinaires.

2. L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

2.1. TEXTE FONDAMENTAL (ART.6 À 12)

1. PARAGRAPHE 1 DE L'ARTICLE 6 :

« Exerce illégalement la Médecine :

« 1^{er} » toute personne qui sans remplir toutes les conditions prévues par la loi, procède habituellement et de quelque façon que ce soit, à l'Établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tout autre procédé.

Analyse du paragraphe 1 de l'article 6 :

- « **Habituellement** » contrairement à un vol où la preuve de l'acte unique entraîne une condamnation, le délit d'exercice illégal de la médecine n'existe que s'il y a habitude (le nombre d'actes illégaux constituant l'habitude étant laissé à l'appréciation de la justice). Par définition jurisprudentielle, il y a habitude lorsque l'acte se répète 2 fois.

- « **Au traitement d'affections** » :
 - « **Chirurgicales** » : le rebouteux réduisant une fracture tombe sous le coup de la loi.
 - « **Congénitales** » : le guérisseur prétendant soigner des malformations et non des maladies tombe sous le coup de la loi.
 - « **SUPPOSÉES** » : le guérisseur prétendant soulager des caractériels, des anxieux, etc. tombe aussi le coup de la loi.
- « **Tout autre procédé** » : la jurisprudence est ici très extensive : le texte touche aussi bien la fascination que l'imposition des mains, l'hypnotisme, etc.

2/ PARAGRAPHE 2 ET 3 DE L'ARTICLE 6 :

- « 2 » toute personne qui, munie d'un titre régulier sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées au § 1, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi.
- « 3 » Tout médecin qui exerce la médecine pendant les durées d'interdiction prévues par la loi.

2.2 PROCÉDURE (ART.7 ET 8)

Les infractions pour exercice illégal de la médecine sont poursuivies en plus des mesures disciplinaires, devant les **juridictions répressives compétentes**.

Elles sont recherchées et constatées par les officiers de police judiciaire ainsi que les agents dûment assermentés des services d'inspection du Ministère de la Santé publique qui en dressent procès-verbaux conformément aux dispositions du Code de procédure pénale. Ils adressent sans délai leurs procès-verbaux au Procureur de la République territorialement compétent et notifient copie au Ministère de la Santé publique et au Conseil National de l'Ordre des Médecins (art.7).

Le Conseil National de l'Ordre peut saisir les tribunaux par voie de citation directe dans les termes de l'article 115 du Code de Procédure Pénale sans préjudice de la Faculté de se porter s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite, intensité par le Ministère Public (art.8).

2.3. SANCTIONS (ART.8 ET 10)

L'exercice illégal de la profession de médecin est un délit puni :

- d'un emprisonnement de 6 à 12 mois et
- d'une amende de 2000 D à 5000 D ou de l'une de ces deux peines seulement.

La récidive est punie :

- d'un emprisonnement de 12 à 18 mois et d'une amende de 5000 à 15000 dinars.

La confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal peut en outre être prononcée (art.9).

L'usurpation du titre de Docteur en médecine est punie des peines prévues à l'article 159 du Code pénal soit un emprisonnement de 2 ans et une amende.

2.4. LES ILLÉGAUX :

1/ LES GUÉRISSEURS :

Le guérisseur est un individu qui prétend guérir et le fait croire. Il se fait désireux de soulager d'humanité souffrante. Il est crédule et le plus souvent de bonne foi. Il se dit l'héritier d'un don et poursuit sa vocation en fait par intérêt pécuniaire. Il utilise ses moyens thérapeutiques non admis par la médecine officielle qu'il considère comme sans valeur. Il procède le plus souvent à des actes médicaux authentiques : un diagnostic suivi d'une thérapeutique. Il se pose en incompris, toujours prêt à aider la médecine officielle et souhaite que l'on contrôle son « pouvoir ». Mais ce contrôle est souvent esquivé.

L'origine des connaissances des guérisseurs est diverse :

a). Pour les uns, ils ont un « don divin » qui leur a été révélé dans des circonstances variées :

- par leur famille (don héréditaire);
- par un autre guérisseur;
- parce qu'ils sont le septième enfant d'une famille (SEPTAIN);
- parce qu'elles ont eu des jumeaux;
- parce qu'étant enfant, ils guérissaient les animaux;
- ou encore parce qu'en leur présence les malades s'améliorent.

b). Pour les autres, ils ont reçu un « appel supérieur ». Tel est le cas de notre « SALHA NATIONALE » qui aurait vu « la nuit, celle qui a suivi la dernière fête de l'Aïd el Kébir, son marabout, SIDI ABDELKADER, vêtu d'une jellabah blanche sur laquelle était jeté un burnous... et lui a donné l'ordre de soulager les misères du pauvre monde et d'apporter l'apaisement à ses douleurs physiques » et au saint d'ajouter « qu'il lui suffisait d'apposer ses mains sur les corps endoloris pour que tout mal en soit chassé ».

Mais il semble qu'aux mains s'est ajoutée la « salive précieuse », véritable vaccin ou sérums anti-maux...

Il s'agit le plus souvent de psychopathes faisant un délire mystique. Dans la littérature médicale, on retrouve dans ce cadre les Antoinettes, les Témoins du Christ, les Témoins de Jéhovah, etc.

c). Enfin pou d'autres, il s'agit d'une véritable profession. Ils ont choisi de devenir guérisseurs comme on devient médecin. La plupart sont autodidactes, ayant choisi de devenir guérisseurs après avoir cherché des sources ou des trésors, à l'aide d'une baguette de coudrier.

Dans certains pays, les guérisseurs de cette catégorie ont suivi des cours dans des Instituts où l'enseignement est sanctionné par un diplôme.

Dans cette forme d'illégalité dans l'exercice de la médecine, il y a plusieurs spécialités :

- Il y a d'abord la **METAPSYCHIE**, il s'agit là d'un don de clairvoyance, tant sur le présent que sur l'avenir. Les guérisseurs « voient » si un individu est malade, l'organe malade, sa conformation et son aspect pathologique. C'est la voyance à l'état de veille ou voyance directe. La voyance indirecte se pratique par l'intermédiaire d'un médecin en relation avec un guide céleste qui dictait au guérisseur le diagnostic et le traitement.

À la métapsychie se rattache le « **DON D'INTROSPECTION** » qui permettrait aux guérisseurs de ressentir dans leurs corps des douleurs atteignant un individu présent. Ce don est parfois tel, que celui qui le possède ne pourrait prendre ni le train ni le bus, ni même aller dans un hôpital, parce qu'il risquerait de ressentir toutes les douleurs des gens présents à la fois.

- Comme autres spécialités des guérisseurs, on peut avoir :

- La médecine **astrologique** : l'étude du thème **ASTRAL** d'un sujet à partir du jour et de l'heure de sa naissance conduisait à la connaissance des organes et de la nature de la maladie.
- La médecine **chiromancique** : l'étude des lignes de la main conduirait à poser le diagnostic et le traitement.
- **L'iridologie** : l'étude à la loupe des variations et des irrégularités de la pigmentation de l'iris traduit tel ou tel symptôme.
- La **radiesthésie** : art des sorciers qui a pour objet l'étude des phénomènes invisibles à partir des variations d'une pendule.
- Le **magnétisme** : qui serait basé sur l'existence d'un fluide vital nécessaire au maintien de la santé et dont l'absence provoquerait des maladies. Le traitement consisterait à « recharger » l'individu ou l'organe malade avec le fluide magnétiseur.
- Et enfin, la **Chiropraxie** : repositions de la colonne vertébrale à l'aide de mouvements des mains.

2/. LES CHARLATANS :

Les charlatans s'opposent aux guérisseurs. Si les guérisseurs veulent au moins aider ceux qui souffrent, les charlatans ne pensent au contraire qu'à leur profit personnel. C'est le « bateleur » italien qui va de ville en ville, exploitant la crédulité publique, pour vendre avec profit une drogue ou un appareil non autorisé qui « doit amener la guérison » et la faillite de la médecine.

a). Il y a d'abord les **CAMELOTS**. Ils ne croient pas aux remèdes du médecin et vendent leurs médicaments, le plus souvent à base de plantes destinées à faire des infusions, des tisanes...

Certains utilisent une thérapeutique exotique, magique (le « phtyrium » préparé avec des plantes du Cameroun « soignait » la tuberculose). D'autres emploient les résultats de « découvertes personnelles ». Le Charlatan DORE « traite » la tuberculose puis le cancer avec des solutions de sels d'or au millionième. D'autres enfin, font appel aux résultats de « Postulats personnels », comme le traitement des rhumatismes par la métallothérapie (à l'aide de bracelets de cuivre ou de zinc).

b). À côté des camelots, il y a ensuite des **instituts de beauté** qui se livrent à de véritables thérapeutiques comme le traitement des affections cutanées (acné...) des troubles génitaux (glandulaires, obésité...) de la calvitie, etc.

c). Enfin, le **cas des charlatans médecins** que l'on trouve dans la littérature médicale. On les décrit comme des individus hâbleurs, orgueilleux qui vivent en marge de leurs confrères et qui utilisent des thérapeutiques secrètes, souvent personnelles ou empruntées à d'autres, mais jamais contrôlées. Tel est le cas du Docteur Miracle de Châteauroux qui s'était fait une clientèle extraordinaire. Tous les hôtels de la ville étaient retenus des mois à l'avance et il a fallu mettre des lignes d'autobus supplémentaires pour drainer toute la foule qui le « consultait ».

Son « traitement » consistait à injecter par voie intraveineuse le « Felena » (florure de Na et de K dans l'eau de robinet). Au début, il examinait ses malades et faisait des injections aseptiques. Puis le succès aidant, il n'examinait plus ses malades et faisait faire des injections par des garçons de ferme avec une seule seringue et quelques aiguilles, puisant le Felena dans un sceau. Le résultat a été la plus grande épidémie d'hépatite virale vue en France (bilan : 330 cas connus, dont 8 mortels).

CONCLUSION :

Le succès des « illégaux » et principalement des guérisseurs repose sur 2 éléments :

1. L'homme est un inquiet, un anxieux, surtout le malade
2. L'homme a besoin de mystérieux

Le guérisseur répond à ces attentes du malade : consolation et mystérieux en l'écoutant, en considérant son cas comme unique, en lui donnant une thérapeutique particulière qu'il lui présente comme étant une force mystérieuse.

Il est hors de doute que les malades qui affirment avoir été soulagés par de telles pratiques sont des malades prédestinés au traitement « psychologique ».

Il va sans dire que ces pratiques n'ont aucun effet sur les maladies organiques.

Enfin, il faut reconnaître que la médecine moderne a bien des difficultés pour répondre aux besoins du malade :

- Le Colloque singulier (médecin-malade) est de plus en plus limité.
- Le mystérieux de la médecine a disparu avec les progrès scientifiques et le développement des méthodes d'investigation et de diagnostic et aussi avec la vulgarisation médicale faite par une presse avide de sensationnel, avec souvent le concours du corps médical.

Dans les procès pour exercice illégal de la médecine, les arguments de la défense sont les plus souvent dirigés contre la carence, l'inefficacité ou encore la « défaite de la médecine », mettant en avant le préjudice pécuniaire causé par les illégaux aux bénéficiaires du « monopole » de l'exercice de la médecine, mais passent sous silence la protection et la sauvegarde des personnes, **mission dévolue sans contexte au seul CORPS MÉDICAL.**

Les médecins, doivent avoir toujours présent à l'esprit leur rôle pleinement humain en se rappelant que : « L'homme préfère un sentiment qui console à une vérité qui éclaire ». (Saint Thomas).

BIOETHIQUE - FONDEMENTS - CHAMPS D'APPLICATION - ENJEUX

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Expliquer les principales sources de la bioéthique (1.1)
2. Interpréter la fonction de l'éthique (1.2)
3. Distinguer la règle éthique de la règle déontologique et de la règle juridique (1.3.)
4. Monter la relation entre la bioéthique et le droit médical (1.4)
5. Connaître la mission du Comité National d'Ethique Médicale (1.4)
6. Distinguer le domaine de l'éthique clinique du domaine de l'éthique biologique (1.4)
7. Préciser les principes éthiques de l'essai sur volontaire sain (2.1)
8. Expliquer les 4 conditions éthiques des prélèvements de greffes d'organes humains (2.1)
9. Connaître les conclusions éthiques du Comité National d'Ethique Médicale à propos de la **procréation médicalement assistée** (2.2)
10. Expliquer le problème éthique du diagnostic prénatal (2.2)
11. Interpréter les principaux enjeux de la recherche biomédicale (3)
12. Expliquer le fondement éthique et les enjeux économiques à propos de la brevetabilité du génome humain (3.2).

INTRODUCTION

Actuellement, de par le monde, les sociétés sont très fortement interpellées par les problèmes de « Bioéthique ». Il n'est pas de jour où les médias ne s'en fassent pas l'écho. Dernièrement, le problème du clonage de la brebis « Dolly » a défrayé la chronique.

Traditionnellement confrontée aux problèmes déontologiques et moraux qu'accompagnent la plupart de leurs actes, les médecins sont de plus en plus conscients qu'ils se doivent d'abandonner inspiration et improvisation pour répondre aux multiples questions d'éthique qui leur sont posées et que leurs décisions dans ce domaine comme dans les autres, doivent relever de règles scientifiques.

Les futurs médecins, en plus de la déontologie médicale – qui est l'éthique professionnelle – doivent être initiés au cours de leur formation aux problèmes d'éthique médicale et scientifique ou plus exactement à l'éthique clinique et l'éthique biologique ou scientifique.

1. LA BIOÉTHIQUE ET SES SOURCES :

1.1. CODE DE NUREMBERG ET SES « COMPLÉMENTS » :

Il est incontestable que les progrès de la médecine occidentale ont été réalisés à partir de recherches expérimentales notamment sur l'homme.

Le développement considérable de ces recherches a conduit la communauté scientifique internationale à s'interroger sur les enjeux et sur le respect de certaines prérogatives élémentaires de l'individu ainsi utilisé. La première prise de conscience s'est manifestée à la fin de la Seconde Guerre mondiale à la suite de la découverte des recherches expérimentales pratiquées par les médecins nazis sur les déportés. C'est dans ce cadre qu'aurait été édicté le « Code de Nuremberg », ainsi que le désignent la plupart des auteurs. Il comporte dix règles essentielles protectrices de l'individu objet de l'expérimentation. La volonté de l'individu doit être respectée et son intérêt personnel doit toujours primer la recherche, même si cette recherche apporte en définitive un mieux-être à la collectivité.

Le « Code de Nuremberg » a servi de référence aux principales organisations internationales médicales et notamment à l'Association Médicale Mondiale (AMM) et au Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales (CIOMS) pour l'élaboration des directives concernant les problèmes soulevés par le développement de la recherche biomédicale.

Il s'agit notamment de la déclaration d'Helsinki (1964) amendée par la déclaration de Tokyo (1975) puis celle de Venise (1983), qui sont des « recommandations destinées à guider les médecins dans les recherches biomédicales ».

De plus, en 1981 l'Organisation Mondiale de la Santé et le Conseil des Organisations Internationales des Sciences Médicales ont diffusé des « directives internationales proposées pour la recherche biomédicale. Elles indiquent comment les principes énoncés par les déclarations d'Helsinki – Tokyo peuvent être appliqués d'une manière efficace » et recommandent la création de comités consultatifs nationaux interdisciplinaires pour « étudier les protocoles de recherche, du double point de vue scientifique et éthique... »

Ces directives doivent servir de référence à tous les médecins – chercheurs. À ce propos, il importe de préciser que ces textes soulignent la nécessité que les recherches doivent être conduites par des personnes compétentes selon un protocole expérimental clairement défini; ce protocole doit contenir une déclaration sur les conditions éthiques impliquées dans cette recherche insistant sur la nécessité d'obtenir le consentement éclairé des personnes soumises à la recherche.

Ces recommandations se présentent comme un guide pour tout médecin procédant à des recherches biomédicales; leur fonction est d'éclairer sa conscience. C'est donc la profession médicale qui se donne ses règles et qui décide unilatéralement de leur contenu. Ce qui signifie que la profession met en place des devoirs à la charge des expérimentateurs. Mais comme il ne s'agit que de préceptes éthiques, la question se pose de savoir si ces devoirs ont une force contraignante et s'ils créent corrélativement des droits au bénéfice des personnes soumises à la recherche.

1.2. FONCTION DE L'ÉTHIQUE :

La morale s'attache aux conduites des individus, à leurs caractères, leurs vertus, leurs défauts; sa finalité est purement individuelle. De ce fait, l'éthique biomédicale ne s'adresse qu'au seul médecin qui entend s'imposer certaines règles. Ainsi aux termes de la Convention de Tokyo, « l'expérience doit être menée par des personnes scientifiques qualifiées », « un médecin ne doit entreprendre un projet de recherche qui « après avoir pesé les avantages, les risques et les inconvénients, etc. ... »

Il s'agit donc de règles de conduite dont la fonction est de guider le comportement du médecin confronté à certains types de situations.

Puisqu'il s'agit de peser sur l'agir lui-même, la formulation du texte éthique est construite sur le mode réceptif. Mais seul le médecin qui entend se conformer à cette recommandation se comportera en tout point selon ce que sa conscience considère comme souhaitable. Seule la conscience du médecin constitue son propre tribunal, parce que la finalité de l'éthique réside dans la perfection de l'individu ce qui la différencie du droit qui a pour objectif l'organisation de la vie en société.

Ainsi, la finalité purement individuelle de l'éthique a cette conséquence que le sujet, objet de la recherche, ne pourra se fonder sur ces directives éthiques pour reprocher à un médecin de ne pas respecter ces règles. Là encore, la formulation de la règle éthique traduit cette particularité. C'est ainsi que la Convention de Tokyo ne peut que recommander au médecin de respecter les sujets soumis à l'expérimentation, d'où la formule retenue : « le droit du sujet à sauvegarder son intégrité et sa vie privée doit toujours être respectée ». En effet, si cette formulation signifie que le médecin ne doit pas porter atteinte aux intérêts de la personne soumise à l'expérimentation, elle ne reconnaît à cette dernière aucun droit corrélatif. De ce fait, elle n'a pas le pouvoir de mettre en cause le médecin qui ne se conformerait pas à cette prescription éthique.

Pour ouvrir de tels droits, il faudrait qu'un texte juridique reprenne à son compte ces règles; alors seulement elles deviendraient obligatoires pour tout chercheur et si les conditions des recherches n'étaient pas respectées, un contentieux serait possible et pourrait emprunter plusieurs formes : annulation du contrat passé à raison du défaut de consentement du patient, sanctions pénales, etc. ...

La règle juridique est toujours, peu ou prou, liée aux procédures. En effet tout système d'un État de droit libéral ouvre des actions à ceux qui s'estiment lésés.

Mais tant qu'un devoir n'est que moral, il n'oblige que celui qui veut bien le respecter. Aussi un précepte d'éthique ne peut-il servir de fondement à une décision judiciaire, le Juge ne pouvant s'appuyer que sur des textes juridiques. Un exemple simple cité par M. VILLEY* mérite d'être rappelé : il existe un précepte moral interdisant de voler la chose d'autrui. Mais il n'existait que ce précepte, aucune solution de droit ne serait possible. Pour infliger une sanction pénale à un voleur, le Juge doit pouvoir s'appuyer sur une règle juridique en l'espèce la loi pénale qui précise qu'un voleur encourra certaines peines. Dans tous les pays, le Code pénal a prévu cette règle juridique.

* M. VILLEY, *Philosophie du droit*, Dalloz 1976, t2, Dalloz, 1979, p 214.

1.3. L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE :

Une autre donnée de base mérite d'être clarifiée. En effet, dans certains pays et notamment la Tunisie**, le Code de déontologie Médicale a défini les devoirs qu'impose aux médecins l'exercice même de leur profession.

Ainsi donc, dans un certain nombre de pays, les médecins ont adopté certaines règles éthiques et c'est leur appartenance au groupe professionnel qui fonde la nécessité de respecter certains devoirs. Aussi l'art. 1 de notre code de déontologie du 17 mai 1993 prévoit-il que « les dispositions du code s'imposent à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues par la loi n° 91 – 21 du 13 mars 1991 ou par une convention internationale dûment ratifiée... »

Si la déontologie constitue l'expression de la volonté de moralisation de la profession médicale, encore faut-il que les obligations prévues pour ses membres soient respectées. Un organisme est donc chargé de veiller à l'application de ces prescriptions. Pour ce faire, le même article premier de notre Code prévoit que « les infractions à ces dispositions relèvent du Conseil de Discipline de l'Ordre ».

Comme d'autres codes de déontologie médicale et notamment le code français, notre code a fixé à la charge des médecins, des devoirs en matière de recherche biomédicale. C'est ainsi que le titre VI de notre Code a fixé les règles relatives à l'expérimentation et aux recherches sur l'homme (art. 99 à 111). Aux termes de l'art.99 : « l'expérience sur un être humain doit respecter les principes moraux et scientifiques qui justifient la recherche en médecine humaine ».

« L'expérience sur un être humain doit être menée par des personnes scientifiquement qualifiées et sous surveillance d'un médecin qualifié ».

L'art. 101 stipule : « avant d'entreprendre une expérience, il faut évaluer soigneusement les risques et les avantages prévisibles pour le sujet ou pour d'autres ».

L'art. 104 de préciser : « le médecin ne peut associer l'expérimentation sur l'être humain et la médecine de soins en vue de l'acquisition de connaissances nouvelles que dans la mesure où cette expérimentation se justifie par une utilité thérapeutique à l'égard de son malade ».

Et l'art. 107 d'ajouter : « l'expérimentation sur l'être humain ne peut être entreprise qu'avec le consentement libre et éclair du sujet ».

Sur ces fondements déontologiques, le médecin pourra être poursuivi et condamné disciplinairement s'il enfreint à ces règles. Mais le prononcé de cette sanction n'ouvrira aucun droit à la victime éventuelle. Cette situation est due au fait que la déontologie est un droit clos et restreint à la seule profession. Comme il s'agit d'un droit à usage interne, ses règles sont sans efficacité juridique à l'égard de tous ceux qui sont étrangers à la profession médicale. Les patients ne sont donc pas engagés par la discipline professionnelle, mais ne peuvent pas non plus s'en prévaloir. De ce fait, s'ils estiment qu'un médecin a violé ses devoirs, ils pourront seulement informer la juridiction ordinaire qui décidera de se saisir ou non. Si le médecin est poursuivi, le Conseil de discipline de l'Ordre des Médecins, statuera sur le non-respect par ce dernier de ses devoirs, mais en aucun cas, cette juridiction ordinaire ne vérifiera si, ce faisant, il a été porté atteinte aux intérêts du patient concerné.

On comprend dès lors les différences essentielles existant entre une règle éthique, une règle déontologique et une règle juridique générale :

1.3.1. LA RÈGLE ÉTHIQUE fixe des préceptes que les médecins décident individuellement de suivre ou de ne pas suivre.

1.3.2. LA RÈGLE DÉONTOLOGIQUE fixe des préceptes que le médecin doit respecter. En cas de non-respect de cette règle, le médecin est sanctionné par la juridiction ordinaire.

1.3.3. LA RÈGLE JURIDIQUE organise les rapports entre individus et ouvre notamment des droits aux victimes de la méconnaissance de cette règle et est de nature à infliger des sanctions sur le double plan civil et pénal aux auteurs des infractions.

1.4. LA BIOÉTHIQUE INSPIRATRICE DU DROIT MÉDICAL :

Actuellement, de plus en plus souvent, certains auteurs et les instances officielles de beaucoup de pays affirment qu'il serait utile que les textes éthiques puissent inspirer les textes juridiques.

À cet effet, il va sans dire que la communauté médicale ne se satisfasse d'une éthique élaborée par ses seuls soins. Nombreux sont les médecins qui appellent de leurs vœux la participation de personnes étrangères au monde médical parce que les valeurs en jeu ne sont pas du domaine réservé à la médecine. Cette volonté est sans doute à l'origine de la création de Comités Consultatifs Nationaux d'Éthique médicale dans certains pays composés de personnalités représentant les principales familles philosophiques et spirituelles, de spécialistes de l'éthique, de chercheurs... Cette composition hétérogène ne traduit-elle pas le secret espoir que de la diversité des opinions exprimées se dégagera une forme de consensus ? Le Comité National d'Éthique médicale constituera un cadre idéal de réflexion, de discussion et de médiation ; jusqu'on s'est assuré que les grands courants de pensée sont représentés dans ce Comité, sa fonction sera de proposer des règles auxquelles on ne pourra plus faire de reproches d'être unilatérales puisqu'elles auront été négociées.

** Le Code Tunisien de Déontologie, décret n°93.1155 du 17 mai 1993

Prévu par les dispositions de l'article 8 de la loi n° 91 – 61 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire comme l'un des organismes consultatifs de la Santé publique, le Comité National d'Éthique médicale a été créé par le décret n° 94 – 1939 du 19 décembre 1994. Ce décret a fixé les attributions, la composition et les modalités de fonctionnement du Comité National d'Éthique médicale.

Aux termes de son article premier, « le Comité National d'Éthique médicale a pour mission de donner un avis sur les problèmes moraux qui sont soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de santé, que ces problèmes concernent l'homme, les groupes sociaux ou la société tout entière ».

« Le Comité s'attache, entre autres, à édicter les grands principes qui permettent de concilier les progrès technologiques dans les domaines indiqués au précédent alinéa avec les normes éthiques et juridiques, les valeurs humaines, les droits de l'homme et les réalités sociales, économiques et culturelles ».

Le 24 avril 1996 a été organisée à l'Institut Pasteur de Tunis, la Première Conférence annuelle d'Éthique au cours de laquelle ont été discutés avec un large public, deux questions importantes :

- La formation en bioéthique;
- La bioéthique : recherches et applications.

L'avenir de la recherche scientifique est aux lois éthiques pour inspirer les textes juridiques. Le Comité National d'Éthique dans les pays où il a été créé, est chargé de jouer les arbitres entre plusieurs conceptions de l'homme et de la société ce qui permettra aux instances législatives d'en tenir compte pour élaborer des règles juridiques et mettre un terme voire prévenir des pratiques regrettables qui commencent à se répandre dans plusieurs pays.

Il importe de préciser que :

1.4.1. L'ÉTHIQUE CLINIQUE concerne les problèmes nouveaux soulevés par l'exercice de la médecine pour tout de qui a trait à la maladie, à la prévention de la maladie, à l'équilibre de la santé.

1.4.2. L'ÉTHIQUE BIOLOGIQUE OU SCIENTIFIQUE concerne l'ensemble des problèmes moraux soulevés par la recherche en biologie et en thérapeutique.

2. APPLICATIONS : QUELQUES EXEMPLES :

Tout le monde s'accorde pour dire que la société contemporaine et la morale traditionnelle ont été bouleversées par deux révolutions médicales :

- **Une première**, thérapeutique, commencée avec les substances avec les sulfamides vers 1937 et les antibiotiques 1941 (la pénicilline)... en est arrivée aux transplantations d'organes. Elle a donné aux médecins après des millénaires d'impuissance le pouvoir de guérir de redoutables maladies : tuberculose, syphilis, septicémie, désordres hormonaux, près de la moitié des cancers...
- **La seconde**, biologique, commencée vingt ans plus tard avec le *code génétique et la physiopathologie moléculaire*, a procuré à l'homme *la maîtrise absolue de la procréation*, la maîtrise non encore absolue, mais promise de l'hérédité, la maîtrise des fonctions psychoaffectives. En effet, si les progrès de la physique ont dominé la première moitié du XX^e siècle : machines thermiques, électricité, radioactivité, physique atomique... ceux de la biologie dominent la deuxième moitié mettant en question des *principes sacrés tels que le respect de la vie, le droit de la personne et le droit sur la personne* et suscitent des réflexions et l'action cohérente des médecins, des sociologues, des philosophes, des juristes, des hommes politiques et des hommes de religion.

2.1. LA RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE ET SES CONSÉQUENCES ÉTHIQUES :

2.1.1. PREMIER EXEMPLE : LES ESSAIS DE MÉDICAMENTS :

Chaque nouveau médicament autorisé à l'utilisation humaine (après une autorisation de mise sur le marché : AMM) peut poser une série de trois questions :

D'abord les **questions scientifiques**. Une longue période d'études au Laboratoire est indispensable : études en culture de cellule, expérimentation sur l'animal (embryon, adulte). Rien ne doit être négligé. La thalidomide par exemple qui n'avait pas été administrée à des femmes gestantes a donné de graves malformations chez le nouveau-né. Ces études préalables aussi complètes que possible sont nécessaires, mais non suffisantes. L'expérimentation la plus attentive ne permet pas toujours de prévoir exactement ce qui se passera chez l'homme.

Ensuite des **questions administratives**. Des procédures très précises réglementent l'évaluation d'un nouveau médicament (tolérance, efficacité, comparaison, études ultérieures), les étapes qu'il doit franchir avant que ne soit accordée l'autorisation de mis sur le marché.

Enfin les **questions éthiques**. Elles concernent les essais sur volontaires sains, les essais comparés :

- *L'essai sur volontaire sain*, lorsqu'il est nécessaire, est éthiquement acceptable à condition que certaines règles soient respectées. Les chercheurs du Laboratoire concerné sont souvent les premiers volontaires.

De nombreux exemples existent, tel celui de l'étudiant allemand Werner FORSSMAN, qui, introduisant le premier une sonde dans une veine de son bras et l'amenant presque au cœur a démontré l'innocuité et l'utilité de la méthode et a permis l'essor de la chirurgie cardiaque. Comme les chercheurs ne suffisent pas, d'autres volontaires sont utiles. Les motifs sont divers : intérêt pour la recherche scientifique, altruisme, générosité naturelle. Ces volontaires doivent être complètement informés de l'intérêt de la recherche et des incidents éventuels.

Pour ces essais, il importe d'écarter formellement les malades non concernés par le médicament testé, les pseudo-volontaires tels les étudiants en mal d'examen ou les prisonniers auxquels des marchés scandaleux ont parfois été proposés ; les volontaires fonctionnarisés tels ceux auxquels une firme pharmaceutique assure une mensualité régulière et substantielle, les mineurs (quelques exceptions peuvent être envisagées), les populations de pays tentés par une rétribution.

La gratuité est la règle fondamentale, car le corps humain ne peut être ni vendu ni loué en totalité ou en partie. Toutefois, si le principe de la gratuité est absolu, il n'empêche pas une indemnisation tenant compte des contraintes subies, des déplacements, du temps perdu.

Tout essai comportant des **dangers** doit être **interdit**. Seuls doivent être permis les essais ne faisant courir aucun risque grave ou susceptibles d'entraîner des désordres mêmes mineurs. L'organisateur des essais doit souscrire une assurance couvrant sa responsabilité civile et vérifier l'affiliation de la personne saine à un régime de sécurité sociale.

Les essais comparés font aussi l'objet d'une réflexion approfondie. Il importe d'illustrer cette méthode par un exemple : pour une maladie du sang, une anémie par exemple, un médicament A connu obtient la guérison dans soixante pour cent des cas. Un nouveau médicament B est découvert. Il donne des espérances, mais son efficacité réelle n'est pas connue. On ignore si son efficacité est égale, supérieure ou inférieure à celle du médicament A. En l'état actuel, seule la méthode des essais comparés permet de répondre à l'importante question posée. Les malades sont partagés en deux groupes égaux. Une moitié d'entre eux, désignés par tirage au sort reçoit le médicament A et l'autre moitié reçoit le médicament B. Ni les malades ni les médecins qui les soignent ne connaissent les résultats du tirage au sort.

Sans aucun doute, cette méthode paraît scandaleuse aux yeux de tout le monde. Mais en l'état actuel, c'est cette méthode qui a permis les remarquables progrès obtenus dans le traitement de plusieurs maladies graves, les leucémies, les cancers.

Comme le souligne le Professeur Jean BERNARD – le Président Honoraire du Comité National français d'Éthique – « cette méthode est à la fois moralement nécessaire et nécessairement immorale. Moralement nécessaire, car il n'est pas possible de répandre, de diffuser un médicament sans connaître son efficacité. Nécessairement immorale, car dans ce cas, les malades ne sont pas traités seulement en fonction de leur maladie, mais avec l'espoir de recueillir des informations utiles pour les malades du futur ».

D'une façon générale, pour toutes les tentatives nouvelles de diagnostic ou de traitement se pose la question du **consentement éclairé** du malade. Ce terme qui plaît aux moralistes mérite un examen critique. Si on prend l'exemple de deux jeunes malades âgés chacun de vingt ans. Le premier est diabétique. Il sait tout de sa maladie : le sucre dans le sang, le sucre dans l'urine, la réserve alcaline. Il doit nécessairement être mis au courant, être complètement informé lorsqu'un nouveau médicament est proposé. Il accepte ou non d'entrer dans l'essai comparé. Le deuxième malade est atteint d'une des leucémies que la médecine ne guérit pas encore. Pour obtenir son consentement éclairé, son médecin traitant doit normalement lui expliquer son cas et peut lui dire : « vous allez mourir dans six mois. Le nouveau médicament provoquera peut-être des accidents précoces ou peut-être prolongera-t-il votre vie de deux ou trois mois. Voulez-vous donner votre consentement éclairé ? » Mais quel médecin aura la cruauté de tenir un tel langage ? Quelle serait la valeur du consentement ainsi acquis ? La notion de consentement éclairé demande, sans aucun doute, de nouvelles analyses, de nouvelles réflexions...

2.1.2. DEUXIÈME EXEMPLE : LES TRANSPLANTATIONS ET LES GREFFES D'ORGANES :

La découverte par Jean DAUSSET du système des groupes tissulaires dits HLA (Human Leucocyte Antigens : antigènes des leucocytes, des globules blancs de l'homme) a permis, en définissant les comptabilités nécessaires, l'essor des transplantations, des greffes d'organes, des tissus, ces greffes qui ont sauvé des milliers de personnes vouées à une mort certaine et rapide.

Tout au long des vingt dernières années, on peut distinguer deux courants. Un courant de diversité : diversité des organes (pari ou impair, mort ou vivant, apte ou non à régénérer) diversité des mœurs (de la rigueur de certains pays au commerce des organes dans d'autres pays), diversité des législations tantôt anachroniques et tantôt avancées.

Un des événements les plus remarquables de notre temps a été la nécessité, pour la société, pour les sociétés humaines, de redéfinir la mort. La législation de nombreux pays dont la Tunisie, définit la mort pas la constatation de divers symptômes témoins de la mort du cerveau et notamment l'aspect plat de deux électro-encéphalogrammes successifs (à six heures d'intervalle).

Mais dans certains pays, le principe même du prélèvement n'est pas accepté. Au Japon par exemple, une tradition religieuse venant du fond des âges interdit d'ouvrir un cadavre pendant la semaine qui suit la mort. Toutefois, cette tradition n'empêche pas le Japonais atteint d'une cardiopathie médicalement incurable, de se faire greffer le cœur d'un mexicain ou d'un américain dans un Hôpital en Californie.

Dans les pays qui ont admis les prélèvements sur le cadavre, deux conditions au moins doivent être satisfaites; la certitude de la mort et le consentement qui peut être éclairé ou « présumé », l'autorisation de prélèvement étant la conséquence de dispositions législatives.

En Tunisie, la loi n° 91 – 22 du 25 mars 1991 a réglementé le prélèvement et la greffe d'organes humains. Cette loi – qui a garanti dans son article premier, l'intégrité physique de la personne humaine – a autorisé le prélèvement et la greffe d'organes sous certaines conditions éthiques :

- Le consentement « éclairé » du donneur vivant ou le consentement « présumé » en cas de mort;
- La gratuité du don d'organe;
- La finalité thérapeutique;
- Les garanties médicales.

Mais une loi, quelle qu'elle soit ne règle pas tous les problèmes. Même si la loi tunisienne a prévu le consentement présumé de la famille en cas d'absence de refus, certains estiment qu'il est moralement bien difficile de prélever un organe sans l'accord de la famille. Toutefois, est-il humain de demander l'accord de la famille accablée par la mort soudaine d'un être cher ?

La méthode la plus souhaitable est sans aucun doute, le consentement préalable d'un grand nombre de citoyens d'un pays, convenablement formés et informés, consentement que chacun porterait sur soi. La volonté de celui qui vient de mourir est respectée.

2.2. LA RÉVOLUTION BIOLOGIQUE ET SES CONSÉQUENCES ÉTHIQUES :

2.2.1. 1^{ER} EXEMPLE : LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE :

De nombreuses stérilités féminines et masculines sont dues à des causes mécaniques.

Chez la femme, elles peuvent être dues par exemple aux altérations des trompes utérines, conduits qui vont des ovaires à l'utérus. Deux solutions sont retenues : le prélèvement de sperme et sa conservation ne posent aucun problème; le prélèvement des ovules demande une intervention chirurgicale sous anesthésie qui ne peut être renouvelée très souvent. À l'heure actuelle, on ne sait pas encore congeler, conserver les ovules à basse température.

D'où deux contraintes : la nécessité de prélever d'emblée un certain nombre d'ovules (un traitement hormonal préalable aura permis d'augmenter leur production); la nécessité de procéder immédiatement aux opérations de fécondation au laboratoire puisque la conservation des ovules n'est pas possible. Ceci en raison d'une troisième contrainte, la nécessité de préparer plusieurs embryons.

Les échecs étant fréquents, il est indispensable d'introduire d'emblée plusieurs embryons et d'être prêt à recommencer l'introduction d'embryons préparés et gardés en réserve. Plusieurs variantes de l'opération existent. Tantôt l'ensemble du processus de fécondation est artificiel ou plus exactement médicalisé, c'est le cas habituel connu sous le nom de FIV (fécondation in vitro). Tantôt sont mises en œuvre des techniques intermédiaires, la fécondation se faisant dans la trompe utérine ou encore dans le péritoine.

Mais comment s'assurer que les praticiens maîtrisent ces techniques, que leurs prestations atteignent un niveau de compétence suffisant en égard surtout du fait que beaucoup de procédés mis en œuvre sont encore au stade expérimental et que leurs conséquences sont largement inconnues de nous aujourd'hui? La nécessité de la surveillance médicale, les risques physiologiques et psychologiques encourus, les grossesses multiples, les manipulations d'embryons, les erreurs de laboratoire tout cela doit être présent à nos esprits si l'on veut réduire les risques au minimum et diminuer les sources d'erreurs tout en sachant pertinemment qu'on ne peut pas les éliminer entièrement.

Certains auteurs ont signalé des anomalies chromosomiques de plus chez les nouveau-nés issus de certaines techniques? D'autres risques encore sont à envisager surtout que nous manquons du recul nécessaire et des analyses suffisantes tant des protocoles des interventions que de leurs résultats.

Le projet d'enfant dans ces conditions cessant d'être une affaire interne du couple devrait être mené jusqu'au terme de la grossesse dans des conditions aussi proches que possible de la nature. Il devient un projet qui déborde largement le cadre de l'intimité conjugale et qui doit prendre en charge les intérêts de la collectivité sans oublier ceux de l'enfant à venir. Il ne faut pas oublier enfin que l'essentiel de la justification et de la légitimité de la PMA provient de son caractère strictement thérapeutique et qu'il de venir en aide à un couple stérile.

Les problèmes éthiques sont nombreux, variés et souvent délicats à apprécier.

En tout état de cause la PMA en Tunisie ne saurait être pratiquée que dans le cadre strict du couple juridiquement constitué conformément à la législation de notre pays. La seule filiation admise est celle que « désigne le lit » selon la formule consacrée des juristes musulmans. Ce qui exclut d'office certaines pratiques admises par d'autres législations, dont le tiers donneur. Le praticien devrait dans ces conditions trouver des règles claires, faciles à appliquer. Il a en outre le devoir de s'assurer de l'identité du couple et de vérifier sa légitimité.

Le recours à des tiers donneurs est en contradiction totale avec l'islam, avec nos usages et avec la législation tunisienne. Juridiquement il est assimilable à l'adultère, il brouille les règles successorales et il ouvre la porte au viol de nos règles en matière de choix du partenaire au mariage.

En plus, il est très difficile de faire le parallèle entre la PMA et l'adoption, car les questions qui se posent à celle-là et à celle-ci ne sont pas les mêmes, ni en matière de filiation ni en matière d'héritage, et d'empêchements légaux au mariage.

Le respect de la vie est un principe inaliénable tant du point de vue philosophique qu'éthique, politique et déontologique. Ce qui implique que les embryons congelés soient réduits aux stricts besoins de la pratique, et qu'un délai de destruction leur soit assigné. On peut discuter de la légitimité de cette destruction. Mais dans la mesure où l'IVG est juridiquement admise et même qu'elle est très largement entrée dans nos mœurs, le problème de conscience posé dans d'autres contextes socioculturels n'a pas de raison d'être soulevé ici. On ne saurait appliquer à l'embryon congelé des règles plus restrictives que celles qui sont appliquées à l'embryon dont l'avortement est admis dans le cadre de la planification des naissances.

Le désir d'enfants est légitime, mais n'y a-t-il pas des critères à mettre en œuvre : âge des conjoints formant le couple, délai minimum après le mariage, santé de la mère dans la mesure où les grossesses multiples sont favorisées par la PMA, risque encouru par l'enfant... N'y a-t-il pas lieu en la matière de prévoir des règles de conduite qui seraient autant de garde-fous pour aider les praticiens.

a. Conclusions de notre CNEM à propos de la PMA :

a.1. La PMA est-elle à l'heure actuelle largement acceptée. Il faudrait que cela trouve sa consécration dans un texte juridique qui l'officialise tout en permettant le contrôle de manière à éviter le recours à des solutions dont les issues seraient incontrôlables comme la clandestinité ou le départ à l'étranger vers des « paradis procréatifs ».

a.2. Il y a lieu de souligner de façon nette, la nécessité absolue de respecter les principes religieux, philosophiques et éthiques de notre société et qui sont :

- Le respect de la vie : l'embryon est une personne potentielle. Il y a lieu d'exclure tout but lucratif et toute expérimentation et de réglementer les modalités et la durée de conservation du sperme et des embryons.

- Le respect de la filiation : on préconisera des mesures adéquates pour les faire respecter notamment délimitant les responsabilités pénales et en premier lieu celles du praticien. Celui-ci serait tenu de constituer des registres sur lesquels seraient portées les indications nécessaires qui permettent de s'assurer de l'identité du couple, de sa légitimité et des diverses étapes suivies dans la PMA ainsi que de l'usage qui est fait du matériel procréatif manipulé : gamètes et embryons.

a.3. cela implique que l'on délimite exactement les bénéficiaires de la PMA de manière à n'y admettre que les couples légitimes, et d'exclure les donneurs et les femmes seules. Des limites minimales d'âge, de mariage seraient également fixées.

a.4. Il y a lieu de rappeler que les règles déontologiques s'appliquent dans tous les cas d'espèce tout en laissant à l'appréciation du praticien le soin de délimiter le champ de son intervention pour prendre en considération les conditions spécifiques, éviter l'acharnement procréatif et mesurer l'ampleur des chances de succès, leurs prix physique, psychologique et financier tant pour le couple que pour la société et surtout pour l'enfant à naître dans ces conditions techniques spéciales.

a.5. Le consentement et l'information du couple sont importants et l'on sait le rôle qu'ils jouent dans l'opération. C'est en pleine connaissance de cause que le couple doit se décider après avoir été informé des risques encourus en matière de stimulation ovarienne, de grossesses multiples et extra-utérines, d'interruption, d'accidents éventuels ainsi que des conséquences sur les nouveau-nés qui peuvent être prématurés et des coûts élevés de l'intervention, du taux modeste de succès (grossesses avec accouchement d'un enfant vivant normal en moins) enfin qui se situe à l'heure actuelle entre 7 et 20 % selon les auteurs.

a.6. La loi devra définir le statut des gamètes, embryons lorsqu'ils sont in utero ou en dehors de leur milieu naturel.

Il faudrait également statuer sur le devenir des gamètes males et des embryons en cas de divorce, de décès ou de changement d'attitude du couple.

Les méthodes de congélation permettent la prolongation indéfinie de la vie de l'embryon, il faudrait s'assurer que cette méthode ne donne pas lieu à des abus et la réserver aux seules fins de réimplantation chez la mère génitrice et gestatrice légitime après un délai fixé par la loi. L'embryon congelé ne devrait guère être conservé en tout état de cause au-delà de la période de fécondité du couple ou de la mort de l'un de ses membres après un certain délai fixé par la loi.

a.7. en tout état de cause une procédure d'agrément est à prévoir pour les structures (hôpitaux ou cliniques) où se pratique la PMA avec des critères précis quant aux garanties techniques, professionnelles, juridiques et éthiques et des conditions d'exercice. Ces lieux devront être pourvus de moyens humains adéquats et notamment en cliniciens et biologistes compétents et se prêter à des évaluations périodiques.

Il importe de souligner que la fécondation in vitro ne doit pas être pratiquée que dans ces centres agréés définis par leur haute valeur technique, leur rigueur éthique, leur désintéressement. Les abus et un certain laxisme doivent être corrigés.

La procédure devra également prévoir un accord préalable des deux membres du couple qui devraient ensemble s'engager par écrit. Un organisme d'agrément doit être prévu pour l'octroi des autorisations de pratiquer les PMA, s'assurer du contrôle médical continu, du niveau scientifique et technique, de la transparence des statistiques et du respect des règles éthiques.

La fécondation in vitro est très coûteuse et risque d'entraîner de lourdes dépenses pour la collectivité et pour les couples. Ses indications doivent être attentivement étudiées et strictement limitées.

2.2.2. 2^E EXEMPLE : LE DIAGNOSTIC PRÉNATAL :

Le diagnostic prénatal est un acquis considérable pour la famille et la société. Pratiquées depuis plus de deux décades, les méthodes de diagnostic sont devenues performantes grâce aux nouvelles techniques de visualisation, de cytogénétique et de biologie moléculaire.

En effet, il y a une vingtaine d'années, les parents ne pouvaient avoir connaissance de leur enfant qui va naître. Naîtra-t-il en parfait état, sera-t-il atteint de malformations, d'aberration chromosomique ? Toutes ces questions seront sans réponses jusqu'à la naissance de l'enfant, source alors de joie, de rejet ou de souffrance.

Aujourd'hui, l'enfant à naître n'est plus dans l'imaginaire parental. Le fœtus est devenu sujet de connaissances médicales, d'interventions chirurgicales, un patient accessible aux démarches diagnostiques et thérapeutiques. Cette révolution des connaissances du fœtus pose des problèmes éthiques et place le médecin devant des dilemmes et les parents devant des choix majeurs qu'ils n'avaient pas jusqu'à présent à effectuer et ce, d'autant plus que le recours éventuel à l'interruption médicale de la grossesse va bousculer leur culture, leur tradition.

Ces choix seront d'autant plus difficiles à faire que le diagnostic prénatal permet non seulement la découverte de malformations par les procédés de visualisation, mais aussi, grâce à la biologie moléculaire et la connaissance du génome, d'identifier, prédire une maladie génétique qui se manifesterà à un stade ultérieur de la vie. Il peut s'agir alors d'une maladie accessible à la prévention : c'est la médecine prédictive, prédire pour prévenir, mais il peut s'agir aussi d'une maladie sans aucune ressource thérapeutique qui se manifesterà après la naissance dans des délais variables. Se pose alors pour le médecin le problème de l'information directive ou non des parents.

Si les acquis scientifiques du diagnostic prénatal sont considérables pour la famille, la société et son avenir, il ne peut être question dans une simplification réductible de lier le DPN à l'interruption de la grossesse dite thérapeutique ou à l'ambition de choisir selon les convenances.

La valeur éthique du DPN dans la certitude lorsqu'il est pratiqué dans des familles à risque, que l'enfant soit indemne du gène de l'anomalie transmissible, d'une malformation grave ou d'une aberration chromosomique. Il conduit donc à savoir rassurer les parents. Il conduit aussi à mieux se préparer pour soigner par un geste médical ou chirurgical, d'évaluer la fonction d'un organe, afin que le DPN soit perçu non comme une médecine de l'avortement, mais comme une médecine de la vie pure une meilleure prise en charge de la vie.

Certes des couples refuseront la non-conformité, qu'elle quelle soit, préféreront recourir au droit à l'avortement au non du droit à la qualité de la vie. Il appartient à l'éthique de les en dissuader, sinon on arriverait à la sélection des individus. La maîtrise de la fécondité permet déjà au couple d'avoir un enfant « quand je veux » et l'on pourrait un jour pousser la consommation et dire un enfant « quand je veux » et « comme je veux », même fille ou garçon. Mesure-t-on les risques éthiques, sociaux, démographiques de la convenance personnelle ou de la société, amplifiée par le biais des médias et répandant « la conviction » que l'espèce humaine est contrôlable.

C'est au médecin et à son sens de l'éthique que revient le devoir de fixer les limites du DPN, sinon son rôle se trouvera modifié face à la vie, à la mort.

3. LES ENJEUX DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE :

Les progrès scientifiques et leurs applications médicales dans tous les domaines de la médecine et particulièrement dans celui de la génétique humaine génèrent de nombreux enjeux et soulèvent d'importants problèmes d'éthique pour toutes les sociétés.

3.1. ENJEUX DE CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE, dans la mesure où les recherches en génétique humaine étendent les possibilités d'application de la thérapie du génie génétique et de l'identification des gènes spécifiant des caractères particuliers, notamment la susceptibilité à des maladies humaines. En effet, après la découverte en 1953 de la double hélice d'ADN par James WATSON, Francis CRICK et M. WILKINQ des gènes disposés en chapelet sur chaque chromosome tout au long de la cellule, J. MONOD, F. JACOB et L. WOLKOWITZ ont découvert le mode de fonctionnement : de l'ADN, la transmission se fait à l'ARN qui traduit le message en protéine. Chaque individu a dans les noyaux de ses cellules une combinaison unique.

Parmi les spécialités qui ont particulièrement bénéficié de ces découvertes, la médecine légale judiciaire. En effet, les particularités biologiques permettent l'identification des individus. Un simple échantillon de sang, de sperme, de poils ou de peau, trouvé sur les lieux du délit ou du crime ou sur le victime et comparé à ceux des suspects est d'une grande utilité et d'une importance considérable en matière de médecine légale et de police scientifique. Les empreintes génétiques représentent l'arme absolue et la pièce maîtresse des preuves pour démasquer les criminels, confondre les violences, identifier les victimes d'accident (notamment dans les cas de catastrophes aériennes ou ferroviaires), effectuer des recherches de filiation ou de parenté. Elles sont plus fiables que les empreintes digitales, car les voleurs ne travaillent pas à mains nues ou passant probablement leurs mains à l'acide pour effacer les saillies de la pulpe des doigts. Chaque homme est identifiable par son seul génome. L'enchaînement des séquences polynucléotiques de l'acide désoxyribonucléique, constant dans toutes les cellules d'un individu est différent d'un individu à un autre, est un moyen d'identification.

Mais toutes les spécialités médicales ont grandement bénéficié des apports de la recherche en génétique humaine.

Dans le domaine des maladies monogéniques liées à l'anomalie d'un seul gène, les résultats récents ont été encourageants : découverte du gène de la myopathie de Duchenne, de la mucoviscidose, de la myopathie des ceintures, etc.

Le problème est plus complexe pour les maladies à déterminisme polygénique et dans lesquelles entre en jeu le plus souvent un facteur environnemental, HTA, diabète, obésité, psychopathie...

Environ 4000 maladies génétiques ont été recensées. Trouver sur un collier de 50 à 100 000 « perles », celle qui est altérée est un véritable travail de titan !!

Des ingénieurs d'un nouveau genre (de génie génétique) ont réussi à « jouer » avec la structure fondamentale. Un fragment d'ADN ne peut pas être incorporé directement dans un chromosome nucléaire. Il est possible de la fusionner à une molécule d'ADN extrachromosomique : plasmide d'une bactérie. La transplantation de gènes d'organismes supérieurs dans une bactérie peut l'amener à fabriquer selon une nouvelle programmation des protéines animales et des hormones humaines. En 1977, trois équipes américaines B. BOYER, R. REGGS, W. X. VALE ont intégré dans la bactérie *Escherichia coli*, hôte normal de notre intestin, les gènes programmés pour la fabrication de somatostatines et d'insuline. Ces bactéries se reproduisent très vite, elles ont donc un rendement très élevé. Une équipe de l'Institut Pasteur et du CNRS animée par le Pr KOURILSKY a construit une souche d'*Escherichia coli* qui produit en abondance une protéine très semblable à l'ovalbumine de la poule. Ces résultats ouvrent de vastes perspectives médicales, mais également industrielles et agroalimentaires.

* Autre application génique : la thérapie génique est un événement aussi important que la découverte des vaccins et des antibiotiques.

En 1973, Werner ARBER, H. O. SMITH et D. NATHAN (auxquels a été décerné le prix Nobel en 1978) ont découvert l'instrument de la chirurgie moléculaire, des enzymes dits de restriction, véritables « ciseaux moléculaires », permettant de découper des séquences d'ADN en des endroits choisis, d'individualiser des gènes et de les recombiner grâce à une colle biologique constituée par d'autres enzymes : les ligases.

L'introduction d'un gène dans le matériel génétique de certaines cellules permet soit de corriger des déficiences immunitaires (déficit immunitaire) soit d'apporter une protéine, hormone ou enzyme qui manquait.

Dans « l'homme changé par l'homme »* Jean BERNARD a écrit : « dans un avenir peu éloigné et selon toute vraisemblance pendant le XXI^e siècle on pourra modifier l'exécution du programme génétique, voire même sa structure pour en corriger les défauts pour y glisser des suppléments ».

Pour la correction du déficit immunitaire, le point délicat est de faire pénétrer la copie du gène défectueux dans les cellules. La technique actuelle est d'introduire le gène dans un virus modifié incapable de se reproduire, mais capable de pénétrer dans les cellules.

Aux États Unis, l'autorisation a été donnée à Michael BLAISE de réaliser l'implantation d'un gène chez des enfants atteints d'un déficit génétique d'une enzyme : l'adénosine désaminase (ADA) qui, par l'accumulation d'adénosine entraîne une altération profonde du système immunitaire ; l'adénosine est en effet toxique pour la lignée cellulaire des

quant au traitement, il importe de citer, l'exemple de celui des tumeurs. ROSENBERG a tenté la thérapie génique dans les cas de cancers cutanés très graves – les mélanomes – à un stade avancé (alors que les autres thérapeutiques : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie avaient échoué. Il prélève les propres leucocytes du malade, intègre au génome de ces cellules un gène codant pour la synthèse de l'interleukine II qui est une cytokine sécrétée par le lymphocyte T et les réinjecte. Elles vont stimuler des cellules cancéreuses que l'organisme considère dès lors comme étrangères.

* Bichet/chastel éd, 1976

lymphocytes. Les enfants atteints sont incapables de lutter contre les infections ; ils doivent séjourner dans une atmosphère stérile (bébés – bulle). Les cellules du malade prélevées sont cultivées in vitro ; le gène normal destiné à suppléer le gène malade est introduit dans le virus ; les cellules « réparées » sont ensuite injectées au malade. L'insertion du gène ADA manquant dans les cellules souches de la moelle osseuse détermine la production de grandes quantités de lymphocytes porteurs du gène. La correction est malheureusement éphémère.

Selon Guy LAZORTHES, il faut encore attendre pour conclure, mais des protocoles sont déjà prêts pour utiliser la génothérapie dans le traitement du diabète, des leucémies, des cancers...

Est-il envisageable que dans le cadre d'une eugénique sélective, on puisse un jour par greffe génétique corriger au niveau des ovules ou des spermatozoïdes les anomalies chromosomiques et ainsi prévenir les maladies héréditaires ? Est-il envisageable de qu'on puisse un jour les doter d'e gènes porteurs de capacités intellectuelles ou de qualités physiques exceptionnelles ? Au prime abord, on répondrait par la négative, étant donné que chez les mammifères et chez l'Homme, l'appareil génétique cellulaire est très compliqué ; en effet, si le patrimoine héréditaire d'une bactérie comprend 3000 gènes, au contraire celui d'un organisme supérieur en comprend plusieurs dizaines de milliers et celui de l'homme en compte 50 à 100.000 gènes.

Commentant ces hypothèses, J. BERNARD dans un article intitulé : « Nouveaux pouvoirs, nouveaux devoirs », souligne : « on ne parviendra certes pas savant longtemps, à fabriquer à volonté et à de nombreux exemplaires Mozart ou Hitler ou des champions olympiques de saut en longueur ; mais des changements moins subtils du potentiel portant par exemple sur la réparation des sexes auront déjà une très grande importance »

3.2. ENJEUX ÉCONOMIQUES ET DE POLITIQUE DE SANTÉ dans la mesure où ces recherches sont une source de dépense, mais surtout de revenus notamment pour les firmes de l'industrie du médicament. En effet, les progrès de la science génétique et la protection par la voie du brevet des innovations qu'elle a inspirées, avaient déjà créé une vive inquiétude parmi certains juristes et de nombreux bioéthiciens. Cette inquiétude s'est transformée en condamnation de la part du Comité Consultatif National d'Éthique de France et s'est traduite par l'instauration de la part des instances de l'Office Européen des Brevets (OEB) d'un véritable « contrôle bioéthique » des brevets dans le domaine des technologies.

Dans son avis du 2 décembre 1991 « sur la non-commercialisation du génome humain » à la demande du Ministère de la Recherche, le CCNE estime que les séquences d'ADN, codantes ou non codantes, ne sont pas brevetables ; elles doivent être considérées comme une information et déposées dans des banques de données accessibles à toute la communauté scientifique ». Le Comité poursuit : « ces principes n'excluent pas, pour autant, la protection brevetaire lorsqu'ils sont le résultat d'une réelle inventivité et d'applications industrielles convenablement décrites dont le caractère original a été prouvé ».

Depuis plusieurs années en effet, des programmes de recherche ont été établis afin de procéder au déchiffrement plus ou moins complet du génome humain. Aux États-Unis, le programme « Mapping and Sequencing the Human Genome » a reçu une dotation budgétaire de 200 millions de \$. La France a voté un budget de 50 millions de Francs au profit de cette recherche conduite par le Centre d'Études du Polymorphisme Humain et par les associations intéressées par l'étude des maladies génétiques, coordonnées au sein d'un groupement d'intérêt public. Le budget a doublé en 1992. Un programme semblable est organisé au sein de l'UE sous l'égide des instances communautaires.

Toutes ces recherches visent moins à déchiffrer « le livre de l'homme » (hormis les cellules sexuelles qui ne comprennent que la moitié de la garniture chromosomique et certaines cellules du système immunitaire) qu'à dresser une carte physique aussi précise et complète que possible de la portion « active » du génome humain, soit quelques dizaines de milliers de gènes fonctionnels représentant à peine 5 % de l'ensemble de l'information génétique recelée sur les vingt-trois paires de chromosomes ancrés en chacune des cellules de notre corps. Ces recherches permettent en outre de se livrer à une étude comparée du génome humain et des génomes des organismes déjà connus d'origine microbienne ou végétale.

Certaines découvertes faites à l'occasion de ces recherches ont présenté un intérêt indéniable, le séquençage d'un gène synthétisant une substance utilisable à des fins thérapeutiques qui a permis par exemple la production à grande échelle de celle-ci.

Le 20 juin 1991, C. VENTER l'un des responsables du programme américain de séquençage du génome humain géré par le National Institute of Health (NIH) des États-Unis d'Amérique, déposait des demandes de brevet revendiquant 337 gènes humains nouvellement découverts*.

Cette opération spectaculaire a provoqué en France une grande émotion dans la communauté scientifique dont le Ministère français de la Recherche a fait l'écho*. Cet émoi se trouve à l'origine de la saisine du CCNE en application de l'art. 2 du décret du 23 février 1983. Depuis lors, les autorités fédérales américaines ont décidé un audit sur la brevetabilité du génome et une demande nouvelle portant sur 2375 gènes était déposée. Des négociations se déroulent actuellement au niveau international pour tenter de trouver un accord de principe sur la question. Entre-temps l'Office américain des brevets a une première fois rejeté une demande portant sur 2500 gènes environ.

Il serait utile de rappeler le fondement de l'avis du CCNE à propos de la brevetabilité du génome.

Le comité considère que la possibilité d'une appropriation d'informations génétiques d'origine humaine constitue une « nouvelle menace éthique » : « aujourd'hui apparaissent d'autres craintes redoutables pouvant conduire à une appropriation du savoir qui pourrait devenir un monopole réservé au développement de « biotechnologie ». En bref, la brevetabilité de séquence génétique d'origine humaine heurterait plusieurs principes :

* Science, vol, 252, 21 juin 1991 – 1618- 1619

* H. CURIEN, en science, n°5039, vol. 254, p. 1710

- * Celui de l'extracommercialité du corps humain. Dans son avis du 23 janvier 1987, le comité avait suggéré une distinction entre les produits « bruts » issus du corps humain qui seraient hors du commerce et les produits issus de ces matériels biologiques « qui entreraient dans les circuits normaux de la distribution ». Cette distinction se trouve reprise ici :
- * Celui de la qualification « de patrimoine commun de l'humanité » de l'information génétique humaine ;
- * Celui de la non-appropriation du savoir scientifique ; les séquences génétiques humaines ne peuvent faire l'objet que de découvertes et non d'inventions, le CCNE donnant ici sa propre interprétation de la convention du brevet européen en reprenant mot par mot son art. 51-2 et en interdisant en effet la brevetabilité des découvertes selon la CCNE « nouveauté, inventivité et application concrète présentent... les critères de la distinction entre la découverte et l'invention.

La conclusion découle logiquement de ce qui précède : pour le CCNE, les séquences génétiques d'origine humaine en sont pas brevetables, seuls pourraient l'être les produits issus de celles – ci ou les procédés permettant de les obtenir, pour autant qu'ils satisfassent aux critères de la brevetabilité prévus par la loi.

3.3. ENJEUX POUR L'INSTITUTION MEDICALE du fait de l'élargissement du champ d'intervention du médecin, ce qui soulève des questions inédites concernant l'extension et les limites de sa responsabilité professionnelle.

3.4. ENJEUX DE SOCIÉTÉ INHÉRENTS aux démarches et aux situations inédites suscitées par exemple par le diagnostic génétique sur l'embryon in vitro ou le transfert du matériel génétique. Demain la procréation sera maîtrisée en qualité comme elle l'est dès aujourd'hui en quantité ; demain on choisira le sexe de l'embryon ; demain on modifiera les gènes ; demain on arrêtera ou on accélérera la croissance, on retardera le vieillissement... ce ne sont plus des promesses chimériques, des rêveries utopiques, des prophéties de science-fiction. Nous en avons et nous en aurons le pouvoir et cela peut paraître souhaitable, justifié, puisque le but est l'amélioration de l'espèce humaine. Néanmoins, le pouvoir de l'homme sur l'homme a pourtant des côtés angoissants et en l'absence de règles éthiques précises et de lois, divers courants d'éthique existent :

3.4.1. Le courant libéral et individualiste valorise avant tout la liberté de la personne, le droit de disposer de soi.

3.4.2. Un autre courant valorise la famille, la société et s'inquiète par exemple des conséquences possibles de la pratique des mères de substitution ou de celles à long terme de la fécondation artificielle et de la sélection du sexe...

3.4.3. Un troisième courant a pour valeur prioritaire la connaissance elle-même, la science et le progrès médical.

C'est ce qui explique que la fascination qu'exercent les découvertes nouvelles sur les séquences génomiques est manifestement doublée d'une répulsion aussi forte liée aux utilisations qui peuvent être faites et qui risquent de remettre en cause les modèles classiques de la vie sociale.

Devant tant de difficultés actuelles et potentielles, les moralistes et les juristes sont instamment priés de fournir des réponses à d'aussi inquiétantes questions. De ce fait, toute question nouvelle en matière biomédicale est présentée comme relevant à la fois de l'éthique et du droit.

4. CONCLUSION :

L'éthique de la médecine, de la biologie n'appartient pas aux seuls médecins, aux seuls biologistes. Elle n'appartient pas non plus aux seuls hommes de religion, sociologues, juristes qui ont acquis une grande compétence dans ce domaine. Elle est le fait de tous les citoyens. Chacun peut à tout moment être confronté à une question de vie, de mort, de conscience qui le touche au plus profond. C'est dire assez l'importance de cet effort de formation, d'information des adolescents, des étudiants, des membres de certaines professions et finalement de tous les citoyens.

Les comités d'éthique institués dans de nombreux pays dont le notre, rendent et rendront encore pendant quelque temps d'utiles services.

La bioéthique est évolutive avec les constants progrès de la science.

Les méthodes d'information ne cesseront d'évoluer et la formation des citoyens, leurs connaissances se modifient, évolueront aussi.

Les différentes questions soulevées actuellement se renouvelleront. D'autres solutions devront être préconisées.

Peut-on envisager, grâce aux réflexions liées à la bioéthique, des progrès de la sagesse ? Il est au moins permis d'espérer.

DROIT HUMANITAIRE FONDEMENTS & HISTORIQUE

L'Histoire du droit international humanitaire est brève, mais riche en événements.

Il a fallu attendre la seconde partie du XIXe siècle pour que les nations se mettent d'accord sur les règles internationales visant à éviter des souffrances inutiles en temps de guerre, règles qu'elles se sont engagées à observer dans le cadre d'une convention.

Depuis lors, en raison des changements survenus dans la nature des conflits armés et dans le potentiel de destruction des armes il a fallu à de nombreuses reprises modifier et développer le droit humanitaire au cours de longues et patientes négociations.

1. DEFINITION : OU DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE.

C'est cette portion considérable du Droit international public qui 'inspire du sentiment d'humanité et qui est centrée sur la protection de la personne en cas de guerre (Jean PICTET : ancien Président et Directeur de l'institut Henry-dunant_Ancien vice Président du CICR [Genève])

2. DROIT HUMANITAIRE & LÉGISLATION DES DROITS DE L'HOMME :

Cette dernière ayant pour objet de garantir en tout temps aux individus la jouissance des droits et libertés fondamentaux et de les préserver des fléaux sociaux.

2.1. SUR LE PLAN DU DROIT ÉCRIT :

- Le droit humanitaire est né avec la 1re convention de Genève, en 1864,
- Le droit de l'homme est né avec la déclaration universelle, en 1948 de l'ON.U.

Mais, dans le domaine des idées, ces deux mouvements ont la même origine historique et philosophique, l'un et l'autre sont nés dans la nuit des temps, de la nécessité de protéger la personne humaine contre les forces mauvaises qui la menacent.

Cependant, cette conception a donné naissance à 2 efforts distincts :

Limites les maux de la guerre et défendre l'homme contre l'arbitraire. Ils se sont au cours des siècles, développés sur des voies parallèles.

2.2. LES DROITS DE L'HOMME représentent les principes les plus généraux, alors que le droit humanitaire a un caractère particulier et exceptionnel, puisqu'il entre en application au moment précis où la guerre vient empêcher ou restreindre l'exercice des droits de l'homme.

3. LES IDÉES HUMANITAIRES À TRAVERS LES DIVERS COURANTS DE LA PENSÉE & DES TRADITIONS CULTURELLES :

Si les hommes sont différents par leur culture, leur origine, leur race, leur mode de pensée..., la nature humaine est partout semblable.

Le droit humanitaire possède tout spécialement cette vocation universelle, puisqu'il est fait pour tous les hommes et tous les pays.

Il est important de connaître l'évolution de la pensée humanitaire au cours des âges et des civilisations et de voir à travers quels faits s'est forgé le droit humanitaire.

3.1. L'ANTIQUITÉ :

- Le droit humanitaire a des racines beaucoup plus profondes qu'on le croit.

En effet les lois de la guerre sont aussi anciennes que la guerre elle-même et la guerre aussi ancienne que la vie sur la terre.

Dans les premières sociétés humaines, la préhistoire nous enseigne que les blessés des grandes batailles de l'époque néolithique (préhistoire) furent soignés : de nombreux squelettes révèlent des réductions de fractures et même des trépanations

- L'étude des tribus sauvages d'aujourd'hui permet de savoir ce qu'était l'homme primitif à l'aube de notre société.

Ainsi, chez les Papous de la Nouvelle-Guinée, où les tribus sont en état de guérilla permanente, l'adversaire est prévu publiquement avant que les hostilités menacent et l'on attend que les 2 armées soient prêtes, les flèches ne sont pas empennées (garnies de plume pour régulariser leur mouvement), pour ne pas causer trop mal...

- C'est dans les hautes civilisations de l'antiquité, soit entre 3000 et 15000 ans avant J.C avec la croissance des cités, l'organisation des nations et le développement des relations entre les peuples, vers l'an 2000, que naquirent les 1ères règles de ce que l'on appellera plus tard le droit international :

Chez les Sumériens (peuple de Sumer : Sud de Babylone au golfe persique : 160 km au sud-est de Bagdad) la guerre était déjà une institution organisée, avec déclaration de guerre, arbitrage, immunité des parlementaires et traité de paix.

Hammourabi, roi de Babylone, proclame le fameux code qui porte son nom et qui commence par ces mots : » Je prescris ces lois afin d'empêcher que le fort n'opprime le faible », on pratique la libération des otages contre rançon.

- La culture égyptienne témoigne de considération à l'égard du prochain. Les « Sept œuvres de la véritable Miséricorde » prescrivent de « nourrir les affamés, abreuver ceux qui ont soif, vêtir ceux qui sont nus, héberger les étrangers, libérer les prisonniers, soigner les malades, enterrer les morts ».

Un commandement du 2^e millénaire dit :

« On doit donner sa nourriture aussi à l'ennemi ». L'hôte, même si c'est un adversaire, est intangible.

- Lorsque les deux puissants empires, Égyptiens et Hittites (peuple indo-européen d'Anatolie : Turquie) se heurtèrent, ils conclurent, en 1269 avant J.C un traité pour réglementer les hostilités et le droit ne fut pas absent de cet immense affrontement.

- Chez les Perses, on enseignait la tolérance et à la même époque on donnait aux blessés de guerre les mêmes soins qu'à ses soldats.

- Les Romains avaient aussi le génie de l'organisation, ainsi, chaque cohorte (unité tactique de la région romaine) soit 500 à 600 hommes, possédait au moins un médecin, et la région qui comptait 10 cohortes, une sorte de médecin-chef.

Et c'est aux Romains que l'on doit la 1^{re} conception de la « guerre juste », que reprendra le Moyen-Âge chrétien.

3.2. LE MOYEN AGE :

D'autres facteurs influencèrent ensuite le développement du droit humanitaire : le christianisme et l'islam.

3.2.1. LA RELIGION JUDÉO-CHRÉTIENNE avait proclamé les hommes créés à l'image de Dieu, tous enfants d'un même Père et appelés à la vie éternelle. Les conséquences de cette nouvelle doctrine sont multiples, puisque le statut de la personne est dorénavant lié à la structure cosmique. L'être humain acquiert une dignité encore inconnue, les hommes sont frères, les tuer est un crime, il n'y a plus d'esclaves.

Le Christ lui-même ne s'est pas prononcé sur la guerre, ni sur la manière de la conduire, et la question de savoir si le commandement du Décalogue : « tu ne tueras pas » et celui de l'Évangile : « aimez vos ennemis » s'appliquent à la guerre aussi et non seulement à la vie privée des individus ; a été, de tout temps controversée.

3.2.2. LA CONCEPTION ISLAMIQUE du droit international humanitaire comprend certaines règles considérées comme fondamentales et qui caractérisent l'ensemble du système juridique humanitaire de l'islam.

a. La 1^{re} : Dans la conception islamique, aucune distinction n'est faite entre les divers espaces de guerres ou de conflits armés.

b. La 2^e : ordonne aux croyants qui combattent dans la voie du Dieu contre ceux qui leur font la guerre, de ne jamais transgresser, et surtout de ne jamais dépasser les limites de la justice et de l'équité pour tomber dans la voie de la tyrannie et de l'oppression.

c. La 3^e règle : consacre la dignité et l'intégrité de la personne humaine, elle interdit formellement la mutilation, la torture et tout autre traitement dégradant infligé à un ennemi dans un conflit armé.

Hadith « Ne mutilez jamais, même pas un chien ».

- Le Coran et la sunna appellent à la protection de la population civile et des biens de caractère civil.

Hadith : « Lutte au nom de Dieu, combattez ceux qui renient Dieu, ne tuez pas d'enfants, ne trahissez pas, ne mutilez pas...

1^{er} calife : Abou Baker : donne à l'armée, les instructions suivantes : « souvenez-vous que vous êtes toujours sous les regards de Dieu... lorsque vous combattez pour la gloire de Dieu, conduisez-vous comme des hommes, sans tourner le dos.

Mais que le sang des femmes, celui des enfants et des vieillards ne souille jamais vos mains... ».

3.3. LES TEMPS MODERNES :

À la fin du 14^e siècle, un fait marque l'un des grands tournants de l'histoire militaire : l'arme à feu fait son apparition ; dès lors un nain vaut un géant. L'art de la guerre est bouleversé.

Au 18^e siècle la guerre devient une lutte entre armées professionnelles, les civils n'y sont plus impliqués, on a interdit le pillage. L'humanisation de la guerre fait des pas qui restent insuffisants. Jean Jacques ROUSSEAU écrivait dans son livre : « le contrat social » en 1762 : « La guerre n'est point une relation d'homme à homme, mais une relation d'État à État, dans laquelle les particuliers ne sont ennemis qu'accidentellement, non point comme hommes, ni même citoyens, mais comme soldats, non point comme membres de la partie, mais comme ses défenseurs...

La fin de la guerre étant la destruction de l'État, on a le droit de tuer les défenseurs tant qu'ils ont des armes à la main, mais sitôt qu'ils les posent et se rendent, cessant d'être ennemis ou instruments de l'ennemi, ils redeviennent simplement hommes, et l'on n'a plus de droit sur leur vie ».

3.4. LA FONDATION DE LA CROIX ROUGE :

La triste situation des guerres ne s'était guère améliorée au début de la 2^e moitié du 19^e siècle.

Après le siège de Messine, en 1848, le Docteur Palasciano, l'un des précurseurs de la croix rouge, après avoir manqué d'être fusillé, est condamné à un an de prison pour avoir pansé les blessés de la garnison vaincue...

Et c'est la guerre d'Italie, qui oppose les Autrichiens aux Fronto-italiens.

En JUIN 1859 deux puissantes armées se heurtent à Solférino. C'est l'une des plus sanglantes batailles de l'histoire.

À la nuit, 6000 morts et 36.000 blessés gisent dans les champs. On ne commence à les relever que le lendemain et certains d'entre eux ne sont secourus qu'au bout de plusieurs jours.

Un jeune Suisse, HENRY DUNANT se trouvait là par hasard. Il est saisi « d'honneur et de pitié » à la vue de blessés entassés dans les églises, qui meurent d'infections, au milieu d'atroces souffrances, alors que soignés à temps, il auraient pu guérir. Il improvise les premiers secours avec les femmes de la région.

Finalement, ce sont 22 000 Autrichiens et 17 000 Français qui perdront la vie à Solférino.

Plus tard hanté par les événements dont il avait été le témoin, Durant écrit un livre intitulé :

« Un souvenir de Solférino ».

Où il formule le double vœu :

- D'une part que dans chaque pays se constitue une société de secours volontaire qui, dès le temps de paix, se préparerait à aider le service de santé de l'armée, en cas de guerre ;
- D'autre part : que les États ratifient un principe conventionnel et sacré qui assurerait une protection juridique aux hôpitaux militaires et au personnel sanitaire.

Du 1^{er} de ces vœux est née l'institution de la croix rouge.

Du 2^e : la convention de Genève.

Avec quatre de ses amis, Henry DUNANT a constitué le Comité International de secours aux blessés, connu sous le nom de « Comité des Cinq » créé à Genève.

Ce comité se transforme, en 1880, en « Comité des Cinq » crée à Genève, non qu'il conserva jusqu'à aujourd'hui.

L'emblème adopté est une Croix Rouge sur fond blanc inspiré des couleurs au drapeau fédéral suisse (croix blanche sur fond rouge) inversées.

De nombreuses sociétés nationales furent graduellement créées, adoptant le même emblème. À la demande de certains pays islamiques, le croissant rouge fut cependant également admis.

Ces Sociétés nationales devenant de plus en plus nombreuses, en fonda en outre à Paris, en 1919, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, qui en 1939, devait transférer son siège à Genève.

Le C.I.C.R a des compétences sur le plan international, mais il reste une personne juridique essentiellement suisse et seuls des ressortissants suisses peuvent en être membres. Il arrive parfois que ce caractère exclusivement suisse du C.I.C.R soit critiqué. Mais c'est peut être ce caractère qui lui garantit sa parfaite neutralité ainsi que la possibilité d'agir sans délai en période de conflits armés où de troubles.

Dans l'ensemble du mouvement qui porte ce nom commun de Croix-Rouge, la voix de chaque pays et de chaque région à de nombreuses autres manières de se faire entendre. Sur le plan national d'abord, où chaque Société garde, dans le cadre des Statuts de la Croix-Rouge internationale, une totale autonomie. Sur le plan international ensuite, où les sociétés nationales participent aux décisions de la ligue, dans le but, principalement, de coordonner l'action humanitaire en cas de catastrophes naturelles. Les conférences internationales de la Croix-Rouge, se tenant tous les quatre ans et auxquelles

sont représentées, outre le C.I.C.R et la ligue, les Sociétés nationales ainsi que les gouvernements parties aux conventions de Genève, sont également une occasion pour chacune de ces différentes composantes, de s'exprimer sur l'ensemble des problèmes auxquels le mouvement se trouve confronté.

Les principes fondamentaux du C.I.C.R sont les suivantes : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, caractère bénévole, unité, universalité.

La Croix-Rouge est donc une institution de caractère social gardant son autonomie à l'égard de tout pouvoir étatique, ne cherchant aucun profit. Elle ne voit en toute circonstance que l'homme qui souffre et qui a besoin, parfois d'urgence, d'aide désintéressée.

3.5. LES CONVENTIONS DE GENÈVE :

- La première convention de Genève : sous l'influence du Comité international de secours aux blessés, créée à Genève, le Gouvernement helvétique se décide à convoquer à Genève également, une conférence diplomatique, à l'issue de laquelle, le **22 août 1864**, fut signée la 1^{re} convention de Genève se rapportant à « l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne »
- Cette convention a posé officiellement les bases du droit international humanitaire.
- En 1906 : la première convention de Genève a été modifiée pour assurer une plus grande protection aux victimes de la guerre sur terre.
- En 1907 : Toutes ces dispositions ont été officiellement étendues aux situations de guerre en mer.
- En 1929 : Deux conventions adoptées à Genève : l'une contenant des dispositions propres à permettre d'assurer un meilleur traitement des malades et des blessés.
- L'autre relative au traitement des prisonniers de guerre.
- En 1949 : Suite à la guerre civile espagnole (1936-1939) et à la Seconde Guerre mondiale (1939-1945) est né le besoin de développer le droit international humanitaire pour tenir compte des changements survenus dans la nature de la guerre.
- Le 12/08/1949, ont été adoptées conventions de Genève :
 - La 1^{re} : relative à l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne sur terre.
 - La 2^e : relative à l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer.
 - La 3^e : relative au traitement des prisonniers de guerre.
 - La 4^e : relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre.
- En 1977 : Deux protocoles additionnels aux conventionnels de Genève de 1949, dont le premier porte sur la protection des victimes des conflits armés internationaux, le deuxième des conflits non internationaux.

3.6. LA CONVENTION DE LA HAYE :

Les conférences de la Haye tenues à La HAYE en 1899 et 1907 ont adopté des conventions définissant les lois et coutumes de la guerre et des déclarations interdisant certaines pratiques de guerre.

4. ROLE DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES (ONU)

Le maintien de la paix et la prévention des conflits armés constituent les préoccupations essentielles de l'ONU. Le respect des droits de l'homme en tout temps et en tous lieux est un principe fondamental de l'organisation.

La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) a contribué à consacrer l'idée que toute personne a droit à la jouissance des droits de l'homme, aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre.

5. DROIT HUMANITAIRE ET DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Le nouveau code tunisien de déontologie médicale promulgué par le Décret n° :93-1155 du 17 mai 1993, a fixé explicitement la mission du médecin en cas de conflit armé dans son article n° : 29 qui stipule : « en cas de conflit armé, la mission essentiellement du médecin est d'assurer la sauvegarde de la vie et de la santé humaine conformément aux dispositions des articles 1, 2 et 3 du présent code.

Dans ces articles on insiste sur le fait que « le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin » (art. 2) et que « le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades sans discrimination aucune » (art. 3).

INTRODUCTION

Les droits de l'homme sont les principes les plus généraux, alors que le droit humanitaire a un caractère particulier, puisqu'il entre en application au moment précis où la guerre vient empêcher ou restreindre l'exercice des droits de l'homme.

Les 2 systèmes sont poches, mais distincts. Ils sont complémentaires.

Le droit humanitaire est centré sur la protection de la personne en temps de conflit armé :

- 1- Le droit de GENÈVE tend à sauvegarder les militaires hors de combat, ainsi que les personnes qui ne participent pas aux hostilités.
- 2- Le droit de La HAYE fixe les droits et devoirs dans la conduite des opérations et limite le choix des moyens de nuire.

À ces deux ensembles, il faut ajouter les 2 protocoles additionnels de 1977 qui constituent le développement le plus récent du droit de GENÈVE (1949) :

- Le protocole I porte sur la protection des victimes des conflits internationaux.
- Le protocole II concerne les victimes des conflits armés intérieurs.

En interdisant l'utilisation de méthodes et de moyens de guerre qui peuvent causer des souffrances inutiles et des dommages étendus durables et graves à l'environnement, le protocole I de 1977 marque la fin de la séparation entre le droit de GENÈVE et le Droit de La HAYE.

Parmi les mesures spéciales prévues dans les protocoles I et II de 1977 :

- La protection des femmes, des enfants et des journalistes en mission dangereuse qui doivent être considérés comme des civils,
- Un traitement particulièrement favorable est également prévu dans les protocoles pour le personnel médical, qu'il soit civil ou religieux et pour le transport de son matériel et de ses fournitures.

CONFLITS ARMES INTERNATIONAUX

1. CHAMPS D'APPLICATION : LES PERSONNES VISÉES

1.1. BLESSÉS – MALADES – NAUFRAGES :

C'est la convention de GENÈVE de 1949 qui protège les militaires blessés, malades et en cas de naufrages. Cette protection concerne les soins qui doivent être apportés à ces personnes et le traitement humain.

Conditions : pour bénéficier de cette protection, la personne visée doit être membre des forces armées d'une partie engagée dans le conflit.

1.2. COMBATTANTS – PRISONNIERS DE GUERRE :

Les combattants de la liberté contre le régime colonial et le racisme ont le droit à l'autodétermination. Ils ont le statut de prisonniers de guerre.

L'utilisation de mercenaires contre les mouvements de libération nationale constitue un crime.

La violation du statut légal des combattants engage la responsabilité de l'état fauteur.

Pour les prisonniers de guerre :

- Protection à double sens :
 - Respect de la vie ;
 - Respect de la dignité humaine.
- Le droit de rapatriement après la guerre.

1.3. POPULATION CIVILE – PERSONNES CIVILES :

C'est la plus grande nouveauté de la Conférence de GENÈVE (1949) et la plus importante.

En ce qui concerne le respect de la personne humaine :

- Pas de torture,
- Pas de contraire,
- Pas de peine collective,
- Pas de prise d'otage,
- Protection de la population civile contre le bombardement aérien,
- Protection des femmes et des enfants contre les formes de traitement cruel et inhumain : prohibition de l'emprisonnement, de la torture, du châtimement collectif et des fusillades.

En ce qui concerne les journalistes dans les zones de conflit armé, ils sont considérés comme des personnes civiles et bénéficient à juste titre d'une protection favorable à condition de ne pas porter atteinte à leur statut de personne civile.

1.4. PERSONNEL SANITAIRE ET RELIGIEUX :

C'est le personnel des hôpitaux et des ambulances, mais aussi le personnel administratif des unités sanitaires qu'il soit civil ou militaire,

C'est aussi le personnel sanitaire des sociétés d'aide volontaire comme Croix Rouge, le Croissant rouge,

Ce personnel a toute la protection pour accomplir sa mission.

1.5. DISPARUS ET DÉCÉDÉS :

Le droit humanitaire ne s'intéresse pas uniquement au sort des vivants.

Les disparus et les décédés bénéficient de mesures de protection :

- Inhumation honorable
- Testament et certificat de décès
- Droit des familles de connaître le sort de leurs membres
- Possibilité d'exhumation et rapatriement vers le pays d'origine

2. BIENS VISÉS :

2.1. BIENS DU CARACTÈRE SANITAIRE :

Le droit de GENÈVE (1949) énonce la protection «des établissements fixes» et des «formations sanitaires mobiles du Service de Santé».

La protection concerne les biens civils et militaires. Elle touche aussi les transports sanitaires aériens, terrestres et maritimes.

2.2. BIENS DE CARACTÈRE CIVIL AUTRE QUE SANITAIRE :

Ce sont tous les biens qui ne sont pas des objectifs militaires.

2.2.1. Cette protection concerne les biens indispensables à la survie de la population civile :

- a. Denrées alimentaires
- b. Zones agricoles
- c. Récoltes
- d. Bétail
- e. Réserves d'eau.

2.2.2. La protection touche aussi :

- a. Les monuments historiques
- b. Les objets d'art
- c. Les lieux de culte

3. PROTECTION

3.1. EN QUOI CONSISTE LA PROTECTION ?

Il y a d'une part les règles humanitaires à observer au cours du combat, et les règles en dehors du combat, envers les personnes et les biens.

3.1.1. POUR LA CONDUITE DES HOSTILITÉS (COMBAT) :

a. Interdiction des armes chimiques et bactériologiques comme le gaz asphyxiant, les toxiques et les armes bactériologiques (biologiques) ou toxines :

L'interdiction concerne aussi leur fabrication et leur stockage.

Leur destruction est prévue par les principes humanitaires.

b. Armes nucléaires :

Leur utilisation constitue le crime le plus grave contre l'humanité.

Des dispositions sont formulées pour interdire la production, le stockage et l'utilisation.

c. Armes de type classique :

Les protocoles des conventions énoncent des principes pour éviter des souffrances inutiles à la population et à l'environnement.

Il s'agit d'interdire les armes incendiaires, les mines et les armes dont l'effet est de blesser par des éclats qui ne sont pas localisables par rayons X.

3.1.2. POUR LES PERSONNES :

a. Civiles :

Traitement humain,

Prohibition du meurtre, de la torture, des punitions collectives, des prises d'otages et de tout traitement inhumain et dégradant.

b. Détenues :

Interdiction de mutilations, d'expériences médicales et scientifiques, de prélèvements d'organes,

Pas de discrimination en ce qui concerne la race, la couleur, la religion, le sexe...

3.2. ORGANISME PROTECTEUR :

La protection s'exerce par les parties elles-mêmes en respectant les règles et les principes du droit humanitaire.

Elle s'exerce aussi par le rôle des puissances protectrices et les organismes de la Croix et Croissant Rouges.

3.3. SANCTIONS :

Deux types de sanctions :

3.3.1. ENVERS L'ÉTAT : notamment pour compenser le dommage subi par une partie au conflit et par des mesures de représailles, qui ne font pas l'unanimité.

3.3.2. ENVERS LES INDIVIDUS :

Il s'agit de punir les individus qui violent les règles du droit humanitaire.

CONFLITS ARMÉS NON INTERNATIONAUX

Les 4 conventions de GENÈVE (1949), les 2 protocoles additionnels (1977) s'appliquent en toutes circonstances.

Les principes humanitaires énoncent des règles de protection des personnes non participantes, des forces armées, hors combat et des malades et blessés.

La prohibition concerne le traitement inhumain, l'atteinte à la vie, la prise d'otage et les exécutions.

LES DROITS ET DEVOIRS DU PATIENT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Enumérer les sources légales et déontologiques relatives aux droits des patients
2. Enumérer les différents droits fondamentaux que doit bénéficier le patient
3. Préciser le contenu et les règles relatives à l'information donnée au patient
4. Préciser les limites de l'information médicale
5. Préciser la conduite à tenir du médecin devant un refus de soins
6. Relever les particularités des droits des personnes vulnérables
7. Préciser les différents devoirs du malade

1. INTRODUCTION

Un patient est toute personne malade ou non, mais ayant recours aux services de santé. Il s'agit d'une personne jouissant de **droits** en tant que **citoyen** et de **droits particuliers** qu'elle pourra exercer dans sa relation avec son médecin ou la structure hospitalière. Le patient est une personne vulnérable, souvent dépendante du service de soins pour assurer sa propre santé, et qui est en droit d'attendre des professionnels de la santé qu'il mette tout en œuvre pour lui offrir la meilleure prise en charge possible.

Ces droits du patient connaissent des exceptions prévues par la loi pour des raisons d'ordre public et en rapport avec les droits d'autres personnes (injonction thérapeutique, malades mentaux, contagieux, certaines vaccinations...)

Le **Médecin** est au cœur de l'organisation des soins et la société lui a donné une mission, celle de protéger la vie et la santé.

Le médecin, mais également le **personnel paramédical** et les **établissements sanitaires** doivent connaître les droits du patient, les respecter et les appliquer et enfin les soutenir et les défendre.

Par ailleurs, le patient a aussi des **devoirs à respecter**

Les droits du patient sont à la fois individuels et sociaux

- **Droits sociaux** touchants dans le domaine de la santé concernant l'obligation de la société (état, organismes publics et privés) d'assurer des soins convenables à l'ensemble de la population
Ces droits sont collectifs et dépendent du développement de la société (facteurs politiques, économiques, socioculturels)
- **Droits individuels** concernant l'individu et portent sur des domaines tels que la dignité, le respect de la vie privée, l'intégrité corporelle...

2. FONDEMENTS DES DROITS DU PATIENT :

2.1 TEXTES UNIVERSELS OU INTERNATIONAUX

- **ONU** : art 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (10/12/1948)
- **UNESCO** : déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005)
- **OMS** :
 - Préambule de la constitution de l'OMS (1945)
 - Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire (1978)
 - Déclaration sur la promotion des droits de l'homme en Europe (1994)
 - Autres...
- **Association Médicale Mondiale (AMM)**
 - Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits du patient révisée en 1995 et 2005
- **Conseil de l'Europe**
 - Conseil sur les droits de l'homme et la biomédecine (1987)
 - Charte européenne des droits du patient (2002)
 - Autres

2.2 TEXTES NATIONAUX

- **Préambule de la constitution** (1959) (droit aux soins et à la santé)
- Principes généraux du **droit tunisien** (intégrité corporelle, confidentialité, droits de l'enfant; droits des personnes âgées, des handicapés..)
- **Textes réglementaires des structures sanitaires**
- Texte réglementaire des professions de la santé en Tunisie (**Code de déontologie Médicale**)
- **Charte du patient** : circulaire du MSP n° 36 du 19 mai 2009
- Droits dégagés par la **jurisprudence** (sécurité dans les soins...)

3. PRINCIPAUX DROITS DU PATIENT

3.1 DROIT À LA VIE

Le droit à la vie est un droit fondamental

Article 2 du CDM : « le respect de la vie et la personne humaine constitue en toutes circonstances le devoir primordial du médecin »

L'euthanasie est considérée comme un homicide avec préméditation en Tunisie

Le personnel de la santé doit plutôt soulager les souffrances

3.2 DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Il est reconnu par le préambule de la constitution (1959).

En effet, la Loi 91-69 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire stipule dans :

- L'Article 1 : « toute personne a droit à la protection de la sa santé dans les meilleures conditions possibles ».
- L'Article 3 : « Elle a droit d'accéder aux prestations préventives, curatives, palliatives de diagnostic et de réadaptation fonctionnelle avec ou sans hospitalisation, à titre onéreux ou gratuit ».

Le droit d'accès aux soins ne doit pas être confondu avec le droit à la santé.

En effet, si la **santé** est l'**effet recherché par les soins**, quelle que soit leur nature (curative, préventive...), l'application de ces soins ne peut garantir le retour systématique à la santé ou à son maintien. Le droit à la protection de la santé dont le médecin est le principal acteur (exécutant), mais pas exclusif.

Le premier droit du patient est d'**accéder aux soins** que son état nécessite. C'est le principe d'**égal accès** et de **libre accès** aux soins, mais ce droit se heurte en pratique à plusieurs **limites** :

- **Ressources financières du malade et sa protection sociale** : peut limiter l'accès aux soins. L'état (le service public) doit assurer sa mission de solidarité pour permettre aux plus démunis un accès aux soins. En effet, l'**Article 3 du décret n° 81-1634 du 30 novembre 1981, portant règlement général intérieur des hôpitaux, institut et centre spécialisés relevant du ministère de la Santé publique** : « Les services publics hospitaliers doit être en mesure d'accueillir les malades de jour et de nuit éventuellement en urgence et en cas d'impossibilité (manque de place ou de matériel) d'assurer leur admission dans d'autres structures publiques relevant du MSP ».
- **L'usager du service public** n'est pas libre de choisir son médecin contrairement aux dispositions de l'article 10 du CDM.
- **La législation relative à l'assurance maladie** va limiter ce droit par la création d'un circuit de soins centré sur le médecin de famille ou médecin référent.
- **La liberté de choix de l'établissement d'hospitalisation** : ne peut être appliquée s'il s'agit d'une hospitalisation des personnes sans leurs consentements en raison de troubles mentaux ou de maladie transmissible n'est possible que dans certains établissements sanitaires publics selon la réglementation.

3.3 DROIT DE RECEVOIR DES SOINS APPROPRIÉS

Le malade a le droit d'**accéder aux meilleurs traitements** dont l'efficacité est reconnue par rapport aux risques encourus et en tenant compte des circonstances notamment de l'urgence et les moyens disponibles. Le traitement **ne doit pas faire courir au malade des risques disproportionnés** par rapport aux bénéfices escomptés. En plus de cet aspect technique du traitement, le médecin doit assurer des **relations humaines satisfaisantes** avec le malade.

Le droit du malade de recevoir des **soins appropriés** nécessite de la part du médecin certaines exigences :

- **Infrastructures** et équipements satisfaisants
- Le malade a droit à la **continuité** des soins incluant une **coopération** entre tous les soignants et/ou les établissements participants aux soins.
- **Compétence professionnelle** : le médecin se trouve avec plusieurs obligations :
 - Obligation de donner des soins consentieux fondés sur les dernières connaissances.
 - Obligation de ne pas dépasser sa compétence (art 13 du CDM). exp : urgence

- Entretenir et perfectionner ses connaissances (art 14 CDM)
- Refus d'exercer sa profession dans des conditions pouvant compromettre la qualité des soins et des actes médicaux (art 4 du CDM) (en dehors de l'urgence)
- Indépendance professionnelle vis-à-vis de l'employeur si ce médecin est salarié il doit toujours agir dans l'intérêt de la santé de la personne qu'il examine (art 75-76 CDM)

3.4 DROIT À LA NON-DISCRIMINATION

Le principe peut inscrit dans constitution et dans différents textes et notamment :

- **Art 3 du CDM** : « le médecin doit soigner avec la même conscience tous les malades sans discrimination aucune »
- **Art 4 du décret n° 81-1634 du 30 novembre 1981 portant règlement général intérieur des hôpitaux** : « les établissements publics ne doivent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins »

Le médecin a donc l'obligation de **soigner tous les patients** avec la même conscience professionnelle quelque soit son état de santé et quelques soit ses conditions sociales (âge, profession, sexe, situation sociale), sa nationalité, sa religion et son opinion politique.

Cela suppose que le médecin doit tenir compte, dans les priorités, de la spécificité de certains patients : situation urgente, malades âgés, handicapés, enfant, femme enceinte, etc..

Lorsque le médecin doit choisir entre les patients justiciables d'un traitement particulier qui ne peut être offert à tous, une **méthode équitable de sélection** doit être offerte à tous, une méthode équitable de sélection doit être appliquée sans discrimination et doit se fonder sur des critères médicaux. Exemple : la greffe d'organe où les critères de sélections doivent être équitables et non discriminatifs.

Le médecin peut **refuser** ses soins pour des **raisons personnelles professionnelles**, dans ce cas et conformément aux **articles 37-38 du CDM** et dans ce cas, le médecin doit écarter une urgence puisque l'assistance à personne en péril est une obligation éthique et déontologique, ne doit pas nuire au malade et doit fournir les renseignements utiles pour la continuité des soins.

Par ailleurs, les données médicales relatives à l'état de santé d'un malade ne doivent pas être exploitées dans une **procédure discriminative** comme eugénisme (sélection de race) clonage, travail ou assurance maladie.

3.5 DROIT AU RESPECT DE LA DIGNITÉ

Le malade doit être traité avec égard durant les différentes composantes de soins (consultation, examen complémentaire, traitement, hospitalisation...)

Ce droit inclut :

- le respect de l'intimité du malade
- une disponibilité raisonnable du soignant, une écoute, un traitement avec humanité.
- Respect des croyances et convictions du malade dans la limite du respect de la liberté d'autrui et sans porter atteinte ni à la qualité des soins, ni au fonctionnement du service, ni aux règles d'hygiène.
- Concerne tous les patients

Le médecin doit toujours agir avec correction et amabilité (aménité) envers le malade (**art 31 du CDM**)

Le droit au respect de la dignité concerne tous les patients y compris :

- **Personnes privées de liberté**, dans ce cadre le malade ne peut directement ou indirectement favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de la personne ou sa dignité (art 7 du CDM)
- **Malade soumis à la recherche médicale**, l'intérêt et le bien-être du malade doivent l'emporter sur l'intérêt de la science.
- **Malade en fin de vie** (exp : maladie cancéreuse phase terminale)
 - Le respect de la dignité dans ce contexte de fin de vie passe par la création d'un environnement approprié qui permet à l'être humain de mourir dans la dignité.
 - L'accompagner en veillant particulièrement à ce que le malade soit soutenu autant que possible et autant qu'il souhaite par ses proches.
 - L'accès aux soins palliatifs et de la douleur.
 - Prise en considération des besoins psychologiques, sociaux et spirituels du malade.

Pour ces malades en fin de vie peut se poser le problème d'euthanasie

En droit tunisien, l'euthanasie active, même pratiquée sur la demande du malade, est un homicide volontaire. De même l'abstention du traitement : euthanasie passive (poursuites pénales pour non-assistance à personne en danger)

Le respect de la dignité continue après la mort par le respect du corps.

3.6 DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ ET AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE

Le respect de la vie privée passe par un respect des opinions personnelles du malade, le nom « immixtion » (intrusion) dans les affaires de famille du malade (art 39 du CDM) de médecin qui doit se limiter à son rôle de soignant ainsi que le respect de la chambre l'hôpital (assimilable au domicile du malade pendant son séjour et le respect de la correspondance émise ou reçue par le malade.

Le respect du secret médical qui une obligation légale (**art 254 du CPT**) et déontologique (**art 8-9 du CDM**) en dehors des dérogations prévues par la loi. Ce secret revêt un caractère général et absolu.

Le secret médical est non opposable au patient sauf s'il s'agit d'un pronostic grave ou fatal (art 36 du CDM) à condition que la maladie en question ne comporte pas de risque de contamination pour un tiers. Il est par contre opposable aux proches du malade sauf s'il s'agit d'un pronostic grave ou fatal, qui peut être révélé à la proche famille (parents, conjoint, enfant) à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné la personne à laquelle la révélation doit être faite (art 36 du CDM). La révélation aux proches dans ce cas a pour principale finalité de favoriser la collaboration aux soins et l'accompagnement du malade. Par ailleurs, ce secret ne cesse pas à la mort du malade.

Les **établissements de santé** sont aussi concernés et doivent garantir la **confidentialité des informations** qu'ils détiennent sur leurs patients.

Le traitement et l'exploitation des données à caractères personnels de santé. Exemple : un traitement informatique, un échange entre professionnels, ont fait naître de nombreux problèmes de secret professionnel. Pour cette raison a été promulguée la **loi n° 2004-63 du 27 juillet 2004 relative à la protection à caractères personnels** qui a réglementé cette exploitation et a défini la finalité, la procédure et les personnes autorisées,

3.7 DROIT À L'INFORMATION ET AU CONSENTEMENT [28]

3.7.1 DROIT À L'INFORMATION :

L'information du patient est un **droit fondamental**. Elle doit être **délivrée personnellement** par le médecin. L'information doit être **loyale, claire, appropriée** et **adaptée aux capacités de compréhensions** du patient et à la situation médicale en respectant la culture et les connaissances. Cette information est un **nécessaire à son consentement aux soins**.

Cette information doit porter sur (**contenu**) :

- **l'état de santé**,
- les **actes médicaux envisagés** (diagnostique et thérapeutique ainsi que les mesures préventives) en précisant le degré d'urgence, leur indication et les risques et les avantages qu'ils comportent
- les **possibilités thérapeutiques alternatives**,
- les **risques prévisibles** en cas de **refus de soins**
- les **raisons de transfert** d'un établissement de santé vers un autre.

Pour les **malades hospitalisés** :

- Droit d'avoir une **brochure** mentionnant les informations utiles durant son séjour
- Patient informé des **identités** des médecins traitants et du personnel de la santé

Cette information doit tenir compte de la **personnalité du patient** (courageux, anxieux).

Si le **malade est hors d'état d'exprimer sa volonté ou incapable de discernement** (mineur, coma, troubles mentaux), le médecin doit dans ce cas solliciter le **consentement du tuteur légal** (ascendant, descendant, conjoint et collatéraux, frères, sœurs, sinon ascendant légal (parents adoptifs).

Le médecin peut être dispensé d'information en l'absence de la famille ou de représentant légal ou lorsqu'il est impossible de contacter ce dernier en raison de l'**urgence** de la situation, le **médecin doit donner les soins qui s'imposent** (article 35 du CDM) ou lorsque le patient refuse d'être informé à condition que des tiers ne soient exposés à un risque de transmission. Parfois dans l'intérêt du patient, un pronostic grave ou fatal peut être dissimulé au patient.

Il faut **mentionner sur le dossier médical** que le patient a été informé et que toutes les recommandations sus décrites ont été respectées.

3.7.2 DROIT AU CONSENTEMENT :

Le consentement du malade est **oral, tacite** ou **sous-entendu** ou **implicite** sauf pour certains actes médicaux ou la **loi exige** qu'il soit **écrit** (PMA, prélèvement d'organe sur un donneur vivant, expérimentation médicale).

Le consentement doit être **renouvelé pour tout acte médical** ultérieur, il s'applique aussi lors de l'enseignement médical.

3.7.3 DROIT AU REFUS DES SOINS

Le malade a le droit de refuser un acte médical ou de l'interrompre à condition que ce refus ne constitue pas un risque pour la sécurité de la personne ou pour la santé publique.

La loi impose dans certaines circonstances une obligation des soins appelés injonction thérapeutique. Exemple : hospitalisation sans leur consentement des malades mentaux, injonction des soins aux toxicomanes, injonction aux soins aux patients porteurs des maladies transmissibles, vaccination obligatoire.

En cas de refus de soins, le médecin doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ce refus. Lorsque la vie du malade est en jeu, un équilibre doit être fait entre le respect de refus des soins et le devoir d'assistance. Le médecin doit tout faire pour le vaincre de se soigner, en évaluant des capacités de discernement. Par ailleurs, il doit donner au patient une information claire pour tout risque encouru de préférence devant un témoin et par écrit. Il est recommandé de renouveler l'information et ne pas céder rapidement. Enfin, le médecin doit consigner l'état clinique du patient et les diverses précautions prises enfin de faire remplir un document de décharge de sortie contre avis médical. Si le patient refuse de signer, le médecin doit dresser un procès-verbal de refus.

Lorsque le refus des soins émane du représentant légal d'un enfant, et qu'il peut avoir des conséquences pour ce dernier, le médecin doit signaler la situation au délégué à la protection de l'enfance qui peut prendre des mesures de protection de l'enfant.

3.8 DROIT À L'ÉDUCATION SANITAIRE

Une information générale portant sur la santé et service de soins doit être mise à la disposition du public pour que tous les intéressés en bénéficient.

L'éducation sanitaire doit concerner les différents modes de vie sains et les moyens de prévention et de dépistage précoce de maladies.

Cette éducation revient à plusieurs intervenants dont le médecin est le principal acteur.

3.9 DROIT À LA SÉCURITÉ DANS LES SOINS

Le patient a le droit à la sécurité durant sa prise en charge. En effet, une sûreté de l'hôpital ou du cabinet médical doit être assurée afin que le malade ne subisse pas un dommage, d'accident ou agression.

Le médecin a pour obligation de prendre le maximum de précautions pour éviter au patient un dommage dans les soins puisqu'il est la seule personne autorisée par son statut à porter atteinte à l'intégrité de la personne.

Le droit à la sûreté inclut l'encadrement par la loi de certaines activités à risque. Exemple : sécurité des transfusions sanguines, prélèvement et transplantation d'organes.

4. DEVOIRS DES PATIENTS

Tout malade a l'obligation morale et sociale de se soigner et d'éviter la propagation de sa maladie si ce risque est possible. Par ailleurs, il doit respecter la liberté du médecin dans l'appréciation des soins qu'il indique et de suivre les prescriptions médicales diagnostiques et thérapeutiques et respecter les conseils de l'équipe soignante. Le patient doit fournir les pièces administratives requises (pièce d'identité, carnet de soins valide, autres documents nécessaires et respecter le règlement intérieur de l'établissement et le personnel soignant.

Les convictions du patient ne doivent pas porter atteinte ni à la quantité des soins, ni au fonctionnement du service, ni aux règles d'hygiène de l'établissement.

Enfin, le patient s'engage à ne pas fumer dans les locaux de l'établissement, ne pas détériorer les locaux et les équipements de l'établissement et payer les honoraires des soins ou présenter préalablement une attestation de prise en charge délivrée par la CNAM ou une compagnie d'assurance maladie.

5. CONCLUSION :

Aujourd'hui, le malade est devenu autonome, informé et capable de prendre, en lien avec les professionnels de santé, des décisions le concernant. Les droits des patients doivent être connus par le patient et les intervenants dans les soins, doivent être garantis à chaque patient sans discrimination et doivent être réaffirmés à chaque situation où les soins se heurtent à des difficultés d'ordre technique et social.

RELATION MÉDECIN - PATIENT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Expliquer pourquoi tous les patients sont en droit d'obtenir le respect et une égalité de traitement.
2. Expliquer les bases de la communication avec le malade.
3. Identifier les modalités essentielles du consentement éclairé.
4. Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès.
5. Expliquer la manière dont les décisions médicales doivent être prises pour les patients incapables de prendre leurs propres décisions.
6. Expliquer la justification de la confidentialité pour le patient et reconnaître ses exceptions légitimes.
7. Reconnaître les principales questions éthiques concernant le commencement de la vie.
8. Reconnaître les principales questions éthiques concernant la fin de vie.

Pré-requis

Introduction à l'éthique médicale. Cours PCEM1 (Thème 1).

Activités d'apprentissage

- Exposé de différents cas cliniques décrivant une situation où des problèmes éthiques sont soulevés avec une discussion en groupe.
- Jeux de rôle simulant des situations pratiques où les questions éthiques peuvent être discutées.
- Activités durant les stages: Etablir une relation médecin-malade: expliquer dans un langage simple la maladie du patient, obtenir un consentement éclairé...

1. INTRODUCTION

La relation médecin/patient est la pierre angulaire de la pratique médicale et donc de l'éthique médicale.

La Déclaration de Genève demande au médecin de professer

« Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci »

Le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté et devra les faire bénéficier de toutes les ressources scientifiques disponibles.

L'interprétation traditionnelle, paternaliste, de la relation médecin/patient, selon laquelle le patient se soumettait aux décisions du médecin, a été radicalement rejetée ces dernières années au nom du droit autant que de l'éthique.

Étant donné qu'un grand nombre de patients ne sont pas capables ou ne souhaitent pas prendre des décisions au sujet des soins médicaux les concernant, l'autonomie du patient est souvent très aléatoire.

D'autres aspects de la relation sont tout aussi problématiques, notamment l'obligation du médecin de préserver le secret professionnel dans une ère d'informatisation des données médicales et de gestion des soins et le devoir de préserver la vie face à des demandes visant à précipiter le moment de la mort.

Dans ce cours, la relation médecin/patient sera abordée à travers les sujets pouvant poser un problème éthique dans la pratique médicale quotidienne, à savoir :

- le respect et l'égalité de traitement,
- la communication,
- le consentement éclairé,
- l'annonce d'une maladie grave, d'un handicap ou d'un décès,
- la prise de décision des patients incapables,
- la confidentialité,
- les questions relatives au commencement et à la fin de la vie.

2. RESPECT ET ÉGALITÉ DE TRAITEMENT (OBJECTIF 1)

L'idée selon laquelle tous les êtres humains ont droit au respect et à une égalité de traitement est relativement récente.

2.1 ÉGALITÉ DES DROITS HUMAINS

Dans la plupart des sociétés, le manque de respect comme l'inégalité de traitement des individus et des groupes était considéré comme normal et naturel.

La pratique de l'esclavage dans les colonies européennes et aux États-Unis ne fut éradiquée qu'au 19^e siècle et elle existe encore dans certaines parties du monde. La fin de la discrimination institutionnelle contre les populations non blanches dans des pays comme l'Afrique du Sud est encore plus récente. Et la discrimination en fonction de l'âge, de l'incapacité ou de l'inclinaison sexuelle est toujours largement répandue.

Il est manifeste que la demande d'une égalité de traitement pour tous les peuples du monde rencontre encore de fortes résistances.

La conversion de l'humanité, graduelle et toujours actuelle, à l'idée de l'égalité humaine remonte aux 17^e et 18^e siècles, en Europe et aux États-Unis, avec, à l'origine, deux idéologies en opposition : une nouvelle interprétation de la foi chrétienne, s'inspirant de la Révolution américaine et la Déclaration des droits et du rationalisme anti-chrétien, s'inspirant de la Révolution française et les changements politiques qui lui sont liés.

Sous l'effet de ces deux influences, la démocratie s'installe peu à peu et commence à se répandre à travers le monde. Elle repose sur l'idée d'une égalité politique entre tous les hommes (et, beaucoup plus tard, les femmes) et, par voie de conséquence, le droit d'avoir son mot à dire dans le choix de ceux qui les gouvernent.

Le 20^e siècle atteste un développement considérable du concept d'égalité, en termes de droits humains. L'une des premières mesures de l'organisation nouvellement établie des Nations Unies a été d'énoncer la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) qui déclare dans l'article 1 :

« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ».

Bien d'autres instances nationales et internationales ont publié des déclarations de droits, soit pour tous les êtres humains ou citoyens d'un pays, soit pour certains groupes d'individus (les droits de l'enfant, les droits du patient, les droits du consommateur). De nombreuses organisations ont aussi été constituées dans le but de promouvoir l'application de ces déclarations. Pourtant, les droits humains ne sont toujours pas respectés dans beaucoup de pays.

2.2. UNIVERSALITÉ DES DROITS DE L'HOMME ET DIVERSITÉ CULTURELLE

Le concept d'universalité des droits de l'homme n'est pas admis par tous. À l'instar du marxisme, la Chine ou la communauté musulmane redoutent une certaine universalité des droits libéraux pouvant servir de couverture à l'impérialisme d'une économie qui a réussi à s'imposer au reste du monde. Ce reproche d'une universalité occidentale doit être entendu et montre les limites à l'universalisation des droits de l'homme entreprise par la communauté internationale. Certains états, dont les pays musulmans, refusent de faire valoir les normes universelles sur les normes divines.

Ainsi, la déclaration universelle sur la bioéthique fait une place importante à la diversité culturelle en la proclamant « patrimoine commun de l'humanité », mais elle souligne qu'elle ne peut être invoquée aux dépens des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

2.3. ÉGALITÉ ET DROITS DU PATIENT

La profession médicale a eu pendant des années des vues quelque peu contradictoires sur l'égalité et les droits du patient.

D'un côté, il était dit au médecin de ne pas « permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou de quelconques autres facteurs puissent s'interposer entre mon devoir et mon patient » (Déclaration de Genève).

Dans le même temps, les médecins revendiquaient le droit de pouvoir refuser un patient, à l'exception des cas d'urgence.

Bien qu'il existe des raisons légitimes à un tel refus, comme un emploi du temps chargé, le manque de qualifications pédagogiques ou de spécialisation, les médecins peuvent facilement, même s'ils n'ont pas à se justifier, pratiquer la discrimination sans être tenus pour responsables.

La conscience du médecin, plutôt que le droit ou les pouvoirs disciplinaires, est ici le meilleur moyen d'empêcher les violations des droits humains.

Même si les médecins ne portent pas atteinte aux principes de respect et d'égalité lorsqu'ils sélectionnent leurs patients, ils peuvent encore ne pas respecter ces principes dans le cadre du traitement et de leurs relations avec le patient.

2.4. L'EMPATHIE, LA COMPASSION

Le médecin doit apprendre l'empathie c'est-à-dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à-vis du patient, sans aller vers des sentiments plus conformes aux relations inter humaines habituelles c'est-à-dire de sympathie ou d'antipathie.

Le médecin doit être à l'écoute du patient, respecter ses désirs, être capable de discuter sans passion de la problématique que lui pose le patient, en respectant son avis, et sans exercer trop de pression pour faire valoir un point de vue ou une conduite à tenir refusée par le patient. Chaque patient a une personnalité différente à laquelle le médecin doit s'adapter dans la relation médicale qu'il établit à partir de la demande exprimée par le patient.

La compassion est une des valeurs essentielles de la médecine et s'avère fondamentale pour une bonne relation thérapeutique.

La compassion repose sur le respect de la dignité et des valeurs du patient, mais ne se limite pas à ces principes; elle reconnaît et répond à la vulnérabilité du patient confronté à une maladie et/ou incapacité.

Un patient qui sent la compassion du médecin est mieux à même de faire confiance à la capacité de celui-ci d'agir dans son meilleur intérêt, cette confiance pouvant contribuer à assurer le processus de guérison.

Cette confiance, essentielle à relation médecin/ patient, est généralement interprétée dans le sens que le médecin ne doit pas délaisser le patient pour lequel il s'est engagé à dispenser des soins.

2.5. PEUT-ON METTRE UN TERME À LA RELATION MÉDECIN/PATIENT ?

Le Code international d'éthique médicale de l'AMM laisse entendre que la seule raison de mettre un terme à la relation médecin / patient est que le patient demande de consulter un collègue doté de compétences différentes :

« Le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté devra les faire bénéficier de toutes les ressources scientifiques disponibles. Lorsqu'un examen ou traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter un confrère possédant les compétences requises ou adresser le patient à ce confrère ».

Cependant, il existe bien d'autres raisons pour lesquelles un médecin peut vouloir terminer une relation avec son patient, par exemple, un déménagement ou une cessation d'activité, l'insolvabilité du patient ou son refus de payer ses services, une antipathie réciproque, le refus du patient de se conformer à ses recommandations. Les raisons invoquées peuvent être tout à fait légitimes ou contraires aux principes éthiques.

Les médecins qui envisagent une telle décision doivent consulter leur code d'éthique ou autre texte de recommandations approprié et examiner avec attention leurs motifs. Ils doivent être prêts à justifier leur décision, à eux-mêmes, au patient et, le cas échéant, à un tiers.

Si le motif est légitime, le médecin aidera le patient à chercher le praticien qu'il estimera être le plus compétent et, si cela n'est pas possible, il devra lui donner un avis d'annulation de traitement pour lui permettre de trouver d'autres soins médicaux.

Si le motif n'est pas légitime, par exemple, un préjudice racial, le médecin doit prendre les mesures nécessaires pour régler ce problème.

Beaucoup de médecins, notamment dans le secteur public, souvent, ne choisissent pas les patients qu'ils traitent. Certains patients sont violents et constituent une menace pour la sécurité du médecin. Cette situation est souvent vécue dans notre activité, notamment aux urgences.

D'autres ont des attitudes antisociales et un comportement qu'on ne saurait autrement qualifier que d'odieux. Ces patients ont-ils renoncé à leur droit au respect et à une égalité de traitement ou attend-t-on des médecins qu'ils fassent des efforts supplémentaires, peut-être même héroïques, pour établir et maintenir des relations

thérapeutiques ?

En présence de tels patients, les médecins doivent trouver un équilibre entre la responsabilité envers leur propre sécurité et bien-être et ceux de leur personnel et la responsabilité de promouvoir le bien-être des patients. Il importe qu'ils trouvent les moyens de satisfaire à ces deux obligations. Si cela n'est pas possible, ils devront prendre d'autres mesures permettant d'assurer les soins de ces patients.

2.6. RESPECT ET ÉGALITÉ DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MALADIE INFECTIEUSE

Le traitement des patients atteints d'une maladie infectieuse apparaît comme un autre défi lancé au principe du respect et de l'égalité de traitement.

L'attention est souvent ici portée au VIH/ SIDA, non seulement parce qu'il s'agit d'une maladie extrêmement grave, mais surtout parce qu'elle est souvent l'objet de préjugés sociaux.

Cependant, il existe bien d'autres infections graves, dont certaines mêmes sont plus facilement transmissibles aux travailleurs de santé que le VIH/SIDA. En Tunisie, par exemple, l'infection par le virus des hépatites B et C constitue un problème de santé publique. Leurs dépistages sont d'ailleurs obligatoires dans le cadre du bilan prénuptial. Il est parfois difficile dans le cadre de la relation médecin-malade de faire part des résultats du dépistage au conjoint.

Certains médecins hésitent à appliquer des méthodes invasives à ces patients parce qu'ils craignent une contamination. Cependant, les patients atteints d'une maladie infectieuse ne sont l'objet d'aucune exception dans les codes d'éthique médicale, notamment pour ce qui concerne le devoir du médecin de traiter tous les patients également.

La Prise de position de l'AMM sur VIH/SIDA et la profession médicale dans le traitement des patients atteints du SIDA l'expriment en ces termes :

Toutes les personnes infectées ou affectées par VIH/SIDA ont droit à une prévention, une assistance, un traitement et à des soins ad hoc, avec la compassion et le respect de la dignité humaine qui s'impose.

Un médecin n'est pas autorisé sur le plan éthique à refuser de traiter un patient dont la pathologie entre dans le domaine de ses compétences, uniquement au motif que le patient est séropositif.

Un médecin qui n'est pas en mesure de fournir les soins et les services requis par les patients VIH/SIDA doit les adresser aux médecins ou aux établissements à même de fournir de tels services. En attendant la prise en charge par ces derniers, le médecin doit soigner le patient au mieux de ses compétences.

2.7. RELATION MÉDECIN/PATIENT ET ATTIRANCES SEXUELLES

Le caractère intime de la relation médecin/patient peut donner lieu à des attirances sexuelles. Une règle fondamentale de l'éthique médicale demande de ne pas céder à ces attirances. Le serment d'Hippocrate comporte la promesse que « dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être à l'origine de tort ou de corruption, ainsi que d'établir des relations intimes avec des femmes ou des hommes, libres ou esclaves ».

Ces dernières années, de nombreuses associations médicales ont réaffirmé l'interdiction de relations sexuelles entre le médecin et son patient. Les raisons de cette interdiction sont tout aussi valables aujourd'hui qu'elles l'étaient au temps d'Hippocrate, il y a 2500 ans.

Les patients sont vulnérables et ont confiance qu'ils seront bien traités par leur médecin. Il se peut qu'ils ne résistent pas aux avances sexuelles du médecin par peur de ne pas recevoir le traitement médical nécessaire.

De plus, une implication émotionnelle avec un patient peut avoir un effet défavorable sur le jugement clinique du médecin.

2.8. PEUT-ON TRAITER AVEC ÉGALITÉ LES MEMBRES DE SA PROPRE FAMILLE ?

L'implication émotionnelle avec un patient pouvant avoir un effet défavorable sur le jugement clinique du médecin, de nombreux codes d'éthique découragent les médecins de traiter les membres de leur propre famille.

Cependant, l'application de cette recommandation, tout comme d'autres que les codes d'éthique énoncent, peut varier en fonction des circonstances.

Par exemple, les médecins qui exercent seuls dans des contrées éloignées peuvent avoir à fournir des soins à des membres de leur famille, surtout dans les cas d'urgence.

3. COMMUNICATION (OBJECTIF 2)

Dans tout acte médical, la communication inter active avec le patient est d'une importance fondamentale.

3.1. LA COMMUNICATION VERBALE

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale. Dans certaines situations pathologiques, la communication nécessitera d'autres moyens, en particulier chez le patient sourd ou chez le patient ayant des troubles des fonctions supérieures.

Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens.

Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute où le médecin laisse parler le patient, des temps d'interrogatoires plus dirigistes où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin

adapte son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socioculturel du patient, et donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible. Ces niveaux de compréhension et ces niveaux socioculturels sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence.

Dans cette optique de l'adaptation, il est important que le médecin utilise la reformulation (redire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) pour s'assurer que le patient va bien comprendre la question qu'on lui pose ou le message que l'on veut lui proposer.

Autre élément technique qu'il faut utiliser, c'est demander au patient d'expliquer à son tour ce que le praticien lui a expliqué concernant sa problématique, sa maladie ou ses symptômes ou les thérapeutiques à envisager.

Paradoxalement un défaut très habituel du jeune étudiant en médecine est d'utiliser des termes médicaux pour interroger un patient.

Ainsi, l'écoute objective et empathique permet au mieux de faire des diagnostics et même le début de la prise en charge thérapeutique. Les explications que le praticien donne au patient doivent être de plus en plus travaillées, de plus en plus pertinentes, de plus en plus complètes. L'absence d'écoute, l'absence d'explications suffisantes est à l'origine de la plupart des mécontentements des patients par rapport aux praticiens et donc d'éventuelles plaintes posant des problèmes de responsabilité...

3.2. LA COMMUNICATION NON VERBALE

Il est bien connu que dans la relation inter humaine, les mots ne comptent que pour un faible pourcentage de l'information que l'on délivre à une personne à laquelle on s'adresse.

L'intonation, les modulations, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation, le regard, tout cela compte autant pour une personne à qui l'on s'adresse. Autant dire que le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient.

À l'opposé le patient qui s'adresse à un médecin le fait avec son langage, avec sa problématique, avec ses bases socioculturelles, son angoisse. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance.

Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient et saisir à un moment ou à un autre de l'entretien ce qui paraît être la demande forte du patient. Il est bien connu que certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées que tout à fait à la fin d'une consultation, et il faut savoir les entendre, ne pas les minimiser, et les prendre en compte.

4. CONSENTEMENT ECLAIRE (OBJECTIF 3)

4.1. LA COMMUNICATION : BASE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le consentement éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Une bonne communication entre le médecin et le patient est une condition essentielle du consentement éclairé.

Lorsque le paternalisme médical était encore considéré comme normal, la communication était relativement simple puisqu'elle consistait en un ordre du médecin donné au patient de se soumettre à tel ou tel traitement.

Aujourd'hui la communication exige beaucoup plus des médecins. Ils doivent fournir aux patients tous les renseignements dont ils ont besoin pour prendre une décision. Cela signifie qu'ils doivent expliquer dans un langage simple le diagnostic et le pronostic d'une maladie et la nature des traitements médicaux complexes.

Ils doivent également confirmer ou corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens (un autre médecin, des revues, l'Internet, etc.), s'assurer que les patients comprennent les choix de traitement possibles, y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs éventuelles questions et comprendre la décision du patient, quelle qu'elle soit, et si possible, les raisons qui l'ont motivée. Il n'est pas naturellement donné à tout le monde de bien communiquer. Cette aptitude doit être développée et maintenue par des efforts conscients et assidus.

Les deux principaux obstacles à une bonne communication entre le médecin et le patient sont les différences de langue et de culture.

Lorsque le médecin et le patient ne parlent pas la même langue, il convient de faire appel à un interprète. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de disposer d'interprètes qualifiés et le médecin doit aller chercher la personne la mieux qualifiée pour faire ce travail.

La culture, qui dépasse la langue tout en l'incluant, pose des problèmes de communication supplémentaires. Étant données les différences d'interprétation de la nature et des causes d'une maladie selon la culture, les patients peuvent ne pas comprendre le diagnostic et le choix du traitement du médecin. Il importe alors que le médecin fasse tout son possible pour tester la faculté de compréhension des questions de santé et de guérison du patient et lui donner ses conseils de la meilleure façon possible.

Le droit du patient de prendre des décisions au sujet des soins de santé le concernant a été consacré dans le monde entier par des déclarations juridiques et éthiques.

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient affirme :

- Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant.
- Le médecin l'informerait des conséquences de ses décisions.
- Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique.
- Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions.
- Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement.

Lorsque le médecin est parvenu à communiquer au patient tous les renseignements nécessaires concernant le diagnostic, le pronostic et le choix du traitement, le patient est alors à même de prendre une décision éclairée sur ce qui lui est proposé.

Bien que le terme « consentement » laisse supposer une acceptation du traitement, la notion de consentement éclairé s'applique aussi bien à un refus de traitement qu'à un choix de traitement parmi d'autres.

Les patients compétents ont le droit de refuser un traitement, quand bien même ce refus provoquerait une incapacité ou la mort.

4.2. PREUVE DU CONSENTEMENT

La preuve du consentement peut être explicite ou implicite (supposée).

- **Le consentement explicite** sera donné oralement ou par écrit.
- **Le consentement est dit implicite** lorsque le patient exprime par son comportement la volonté de se soumettre à une méthode ou à un traitement.

Par exemple, le consentement à une piqûre intraveineuse est supposé par le fait même de présenter le bras.

Lorsque le traitement comporte des risques ou qu'il provoque plus qu'une légère gêne, l'obtention d'un consentement explicite est préférable.

4.3. EXCEPTIONS À LA DEMANDE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PAR LES PATIENTS COMPÉTENTS :

Il y a deux exceptions à la demande de consentement éclairé par les patients compétents :

- **le cas où le patient cède volontairement son pouvoir de décision au médecin ou à un tiers.**

Vu la complexité de la question ou la confiance totale dans le jugement de son médecin, le patient peut dire « Faites ce que vous pensez être pour le mieux ». Plutôt que de s'empressement de répondre à une telle demande, le médecin fournira au patient les renseignements nécessaires sur les choix de traitement et l'encouragera à prendre les décisions par lui-même. Cependant, si, malgré ces encouragements, le patient tient toujours à ce que ce soit le médecin qui décide, le médecin acceptera, dans le respect du meilleur intérêt du patient.

- **le cas où la divulgation d'informations est préjudiciable pour le patient.**

La notion traditionnelle de « privilège thérapeutique » est ici invoquée. Elle autorise les médecins à refuser la communication de données médicales susceptibles de porter gravement atteinte à l'état physique, psychologique et émotionnel du patient, par exemple, le risque de suicide dans le cas d'un diagnostic de maladie en phase terminale. Ce privilège ouvre la porte à de graves abus et les médecins ne doivent y recourir que dans des cas très particuliers. Ils partiront donc d'abord du principe que tous les patients ont la capacité de faire face aux événements et réserveront ensuite la non-divulgence des données à ceux dont ils sont convaincus qu'il sera beaucoup plus préjudiciable de dire la vérité que de la taire.

Certaines cultures estiment souvent que l'obligation du médecin d'informer le patient ne s'applique pas dans les cas de diagnostic de maladie en phase terminale. Elles pensent que la divulgation de l'information réduirait le patient au désespoir et contribuerait à rendre le restant de sa vie plus misérable que s'il gardait un espoir de guérison. Il n'est pas rare dans le monde que les membres de la famille du patient implorent le médecin de ne pas dire au patient qu'il va mourir. Il importe donc que les médecins soient sensibles aux aspects personnels et culturels qui entourent la communication de mauvaises nouvelles, en particulier une mort imminente.

Malgré tout, le droit du patient au consentement éclairé est de plus en plus largement accepté et le principal devoir du médecin est ici d'aider les patients à faire valoir ce droit.

Alors que la tendance à considérer les soins de santé comme des produits de consommation et les patients comme des consommateurs semble se renforcer, il n'est pas rare que les patients et leurs familles demandent l'accès à des services médicaux qui, de l'avis du médecin, ne sont pas appropriés. Cela peut aller de la demande d'antibiotiques pour une affection virale à une demande de soins intensifs pour des patients cliniquement morts ou encore des demandes de médicaments ou d'opérations chirurgicales prometteurs, quoique non encore éprouvés.

Certains patients revendiquent un « droit » au service médical qu'ils estiment salutaire pour eux et les médecins ne se montrent souvent que trop obligeants, même s'ils sont convaincus que le service ne présente aucun avantage médical pour la santé du patient.

Ce problème est particulièrement préoccupant lorsque les ressources sont limitées et que la prestation de traitements « futiles » et « non bénéfiques » à certains patients signifie que d'autres restent sans traitement.

En effet, dans certains cas, le médecin peut décider qu'un traitement est médicalement futile ou non profitable parce qu'il n'offre pas d'espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration ou que le patient n'en retire jamais aucun avantage.

Dans d'autres cas, l'utilité et l'avantage d'un traitement ne peuvent être décidés qu'en fonction de l'appréciation subjective du patient de son bien-être général.

En règle générale, le patient doit prendre part aux discussions concernant la détermination de la futilité de son traitement. Dans des cas exceptionnels, ces discussions peuvent ne pas satisfaire le meilleur intérêt du patient. Le médecin n'a aucune obligation d'offrir un traitement futile ou non bénéfique à un patient.

Le principe du consentement éclairé suppose le droit du patient de choisir parmi les options proposées par le médecin. La question de savoir dans quelle mesure les patients et leurs familles ont droit à des services qui ne sont pas recommandés par leurs médecins est aujourd'hui un sujet important de controverse éthique, juridique et aussi de politique publique. En attendant que les gouvernements, les organismes d'assurance médicale et/ou les organisations professionnelles se prononcent sur le sujet, le médecin devra décider par lui-même s'il doit accepter ou non les demandes de traitement inapproprié. Il doit refuser ces demandes lorsqu'il est convaincu que le traitement est plus préjudiciable que bénéfique pour le patient.

Il doit aussi se sentir libre de refuser un traitement dont il est improbable qu'il soit bénéfique même s'il n'est pas préjudiciable, bien que la possibilité d'un effet placebo ne doit pas être écartée. Dans le cas de ressources limitées, il doit attirer l'attention des responsables appropriés de l'allocation de ces ressources.

5. ANNONCE D'UNE MALADIE GRAVE, D'UN HANDICAP OU D'UN DÉCÈS (OBJECTIF 4).

Il arrive régulièrement dans l'activité d'un médecin praticien d'avoir à annoncer de mauvaises nouvelles à un patient ou à l'entourage d'un patient. C'est le cas d'une maladie à pronostic défavorable, d'une nécessité de thérapeutiques iatrogènes ou responsables de perte de certaines capacités (amputation par exemple), de l'annonce d'un décès à un entourage familial immédiat, de l'annonce d'un handicap important lors d'une naissance par exemple.

Dans tous ces cas, le médecin praticien doit apprendre à s'exprimer de manière adaptée tant sur le plan verbal que sur le plan de la conduite générale.

Cette partie de la relation médecin/malade représentée par l'annonce d'une maladie grave ou d'un handicap va dépendre bien sûr du type d'annonce et de l'état dans lequel se trouve le patient ou son entourage au moment de l'annonce.

Si dans certains pays du nord et en particulier aux États-Unis il est dans la culture que le médecin annonce très clairement et de manière assez abrupte des diagnostics graves, des pronostics mortels, cela n'est pas dans la culture française. Il faut donc respecter cela, et parfois prendre beaucoup de précautions, prendre du temps, choisir les mots pour expliquer ce genre de chose à un patient fragile, sensible, ou une famille. Tout l'art pour le médecin est d'avoir apprécié le psychisme et les capacités d'écoute et d'adaptation du patient.

6 - PRISE DE DÉCISION POUR DES PATIENTS INCAPABLES (OBJECTIF 5)

Beaucoup de patients ne sont pas capables de prendre les décisions par eux-mêmes. Par exemple :

- les très jeunes enfants,
- les personnes atteintes de certaines maladies psychiatriques ou neurologiques
- les personnes temporairement inconscientes ou dans le coma.

Ces patients ont besoin d'un représentant légal qui sera soit le médecin, soit une autre personne. Cependant, la désignation d'un représentant légal compétent et le choix des critères permettant de prendre une décision au nom du patient incapable soulèvent des problèmes éthiques.

Lorsque le paternalisme médical prévalait encore, le médecin était censé être le représentant légal approprié. Les médecins pouvaient consulter les membres de la famille pour choisir le traitement, mais la décision finale leur incombait. Les médecins ont progressivement perdu ce pouvoir dans beaucoup de pays, étant donné que les patients ont maintenant la possibilité de nommer le représentant légal qui décidera à leur place quand ils auront perdu la capacité de le faire eux-mêmes.

De plus, certains états spécifient les représentants légaux appropriés dans un ordre décroissant (par exemple, le mari ou la femme, l'enfant adulte, les frères et sœurs).

La Déclaration de l'AMM sur les droits du patient indique le devoir du médecin en pareil cas :

Si le patient est inconscient ou incapable d'exprimer sa volonté, le représentant légal doit, lorsqu'il le peut faire connaître son consentement éclairé. Si en l'absence du représentant légal, il y a nécessité urgente d'intervention médicale, le consentement du patient sera présumé, à moins que sur la base d'une conviction ou ferme déclaration préalable, il ne soit évident et indéniable qu'il aurait, dans pareil cas, refusé l'intervention.

Des problèmes surgissent lorsque les personnes qui prétendent être les représentants légaux compétents, par exemple les différents membres d'une famille, ne sont pas d'accord ou, si elles le sont, leur décision n'est pas selon le médecin dans le meilleur intérêt du patient.

Dans le premier cas, le médecin peut jouer un rôle de médiateur, mais si le désaccord persiste, il faudra envisager d'autres solutions, par exemple, laisser l'aîné de la famille décider ou encore recourir au vote.

En cas de désaccord entre le représentant légal et le médecin, la Déclaration sur les droits du patient recommande que « lorsque le représentant légal ou la personne autorisée par le patient refuse un traitement qui, de l'avis du médecin, s'avère être dans le meilleur intérêt du patient, le médecin devrait contester cette décision devant une institution légale ou autre appropriée ».

Les principes et procédures de consentement éclairé examinés dans la section précédente s'appliquent aussi bien au représentant légal qu'au patient qui décide par lui-même. Les médecins ont le devoir de donner aussi au représentant légal tous les renseignements dont il a besoin pour prendre une décision. Cela signifie qu'ils doivent expliquer dans un langage simple le diagnostic et le pronostic d'une maladie et la nature des traitements médicaux complexes.

Le principal critère sur lequel doit se fonder la décision du traitement pour un patient incapable est l'expression de ses préférences lorsque celles-ci sont connues. Ces préférences peuvent soit être indiquées dans une directive anticipée soit communiquées au représentant légal désigné, au médecin ou à d'autres membres du personnel soignant.

Lorsqu'elles ne sont pas connues, les décisions concernant le traitement doivent être prises sur la base du meilleur intérêt du patient, et tenir compte :

- du diagnostic et du pronostic établis;
- des valeurs reconnues;
- des renseignements fournis par des personnes proches du patient et pouvant aider à définir ce qui constitue son meilleur intérêt;
- des aspects culturels et religieux susceptibles d'influencer la décision concernant le traitement.

Cette approche n'est pas aussi satisfaisante que si le patient avait donné des instructions spécifiques, mais permet au représentant légal de déduire, à la lumière des autres choix effectués par le patient et de son rapport à l'existence en général, ce que le patient aurait décidé dans la situation donnée.

La capacité à prendre des décisions médicales peut être difficile à évaluer, en particulier chez les très jeunes gens et chez les personnes présentant une diminution de la faculté de raisonnement à la suite d'une maladie grave ou chronique. Une personne peut être capable de prendre des décisions sur certains aspects de la vie, mais incapable sur d'autres; de même, cette capacité peut être discontinue – une personne peut être raisonnable à certains moments de la journée et pas du tout à d'autres. Bien que ces patients puissent ne pas être légalement capables, leurs préférences doivent être prises en considération lorsque des décisions sont prises à leur égard.

La Déclaration sur les droits du patient exprime le problème en ces termes :

« Si le patient n'a pas encore atteint l'âge de la majorité ou s'il est légalement incapable, il est nécessaire dans certaines juridictions d'avoir le consentement du représentant légal. Néanmoins, le patient devra, dans toute la mesure du possible, prendre part aux décisions ».

Souvent, les patients ne peuvent pas prendre une décision raisonnée et réfléchie concernant les différents choix de traitement à cause des malaises et des troubles que provoque leur maladie. Cependant, il leur est parfois possible d'indiquer leur refus pour une intervention particulière, par exemple, en débranchant le tube d'alimentation par intraveineuse. Il convient en pareil cas de prendre ces signes de dissentiment très au sérieux, même s'ils doivent être examinés à la lumière de tous les objectifs du schéma thérapeutique.

Les patients souffrant de désordres psychiatriques et neurologiques susceptibles de constituer un danger pour eux-mêmes ou pour d'autres personnes soulèvent des questions éthiques particulièrement difficiles. Il est important que leurs droits humains, en particulier le droit à la liberté, soient dans toute la mesure du possible, respectés. Toutefois, un internement et/ou traitement contre leur gré peut être nécessaire pour les empêcher de faire du mal, à eux-mêmes ou aux autres. Il convient ici de faire une distinction entre internement involontaire et traitement involontaire.

7. CONFIDENTIALITÉ (OBJECTIF 6)

Le devoir du médecin de garder confidentiels les renseignements concernant le patient est, depuis Hippocrate, une pierre angulaire de l'éthique médicale.

Le serment d'Hippocrate déclare : « Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret ».

Toutefois, d'autres codes rejettent cette approche absolutiste de la confidentialité. Ainsi, par exemple, le **Code international d'éthique médicale** de l'AMM stipule qu'il « est éthiquement correct de divulguer des informations confidentielles lorsque le patient y consent ou lorsqu'il existe une menace réelle et imminente pour le patient ou d'autres et que cette menace peut être neutralisée uniquement en rompant la confidentialité. Le fait que des entorses à la confidentialité soient parfois justifiées demande des éclaircissements sur la notion même de confidentialité.

7.1. PRINCIPES CONDITIONNANT LA VALEUR DE LA CONFIDENTIALITÉ

Trois principes président à la valeur particulière de la confidentialité : l'autonomie, le respect d'autrui et la confiance.

7.1.1. L'AUTONOMIE

L'autonomie est liée à la confidentialité en ce que les renseignements personnels appartiennent en propre à l'individu et qu'ils ne doivent pas être portés à la connaissance d'autrui sans son consentement. Lorsqu'un individu révèle des renseignements personnels à un médecin ou à une infirmière, par exemple, ou lorsqu'un examen médical fait apparaître certains renseignements, il importe que ceux-ci soient tenus secrets par celui qui en a connaissance à moins que l'intéressé n'en permette la divulgation.

7.1.2. LE RESPECT D'AUTRUI

L'importance de la confidentialité tient aussi au fait que les êtres humains sont en droit d'être respectés. Une des façons de leur témoigner ce respect est de préserver leur vie privée.

Dans le milieu médical, la vie privée est souvent fort compromise et ce devrait être là une raison suffisante pour empêcher d'autres ingérences inutiles.

Étant donné que les individus n'expriment pas tous la même envie en matière de vie privée, on ne peut présumer que tout le monde veut être traité de la même manière. Il importe de déterminer avec attention les renseignements personnels qu'un patient souhaite garder secrets et ceux qu'il souhaite communiquer à d'autres.

7.1.3. LA CONFIANCE

La confiance est essentielle dans la relation médecin/patient. Afin de recevoir des soins médicaux, les patients doivent communiquer des renseignements personnels aux médecins, voire à d'autres personnes qui leur sont totalement étrangères – des renseignements dont ils souhaiteraient que personne d'autre n'en prenne connaissance. Ils doivent avoir de bonnes raisons de faire confiance à leur soignant pour ne pas divulguer ces informations. La base de cette confiance se trouve dans les normes de confidentialité éthiques et juridiques que les professionnels de santé sont tenus de faire respecter. S'ils ne sont pas certains que leurs révélations seront gardées secrètes, les patients peuvent ne pas donner de renseignements personnels les concernant. Mais cela peut gêner les médecins dans leurs efforts d'intervenir efficacement ou d'atteindre certains objectifs de santé publique.

La *Déclaration de l'AMM* sur les droits du patient résume le **droit du patient à la confidentialité** comme suit :

- Toute information identifiable concernant l'état de santé, les circonstances médicales, le diagnostic, le pronostic, le traitement du patient et toute autre information le concernant en propre, doit rester confidentielle, même après sa mort. Exceptionnellement, les descendants peuvent avoir un droit d'accès aux informations susceptibles de révéler les risques qu'ils encourent pour leur santé.
- L'information confidentielle ne peut être divulguée qu'à la condition expresse que le patient en donne le consentement ou qu'à condition que la loi l'autorise expressément. Elle ne peut être divulguée aux autres pourvoyeurs de santé que sur la base du « besoin de savoir » à moins que le patient n'en donne son consentement explicite.
- Toutes les données identifiées concernant le patient doivent être protégées. Cette protection doit correspondre à leur forme de stockage. Les substances humaines à partir desquelles ces données sont identifiées doivent être également protégées.

7.2. EXCEPTIONS AU RESPECT DU PRINCIPE DE CONFIDENTIALITÉ

Il existe des exceptions au respect du principe de confidentialité. Si certaines ne posent pratiquement pas de problème, d'autres soulèvent d'importantes questions éthiques pour les médecins.

Le non-respect du secret professionnel est courant dans la plupart des institutions de santé. Un grand nombre de personnes — médecins, infirmières, techniciens de laboratoire, étudiants — ont besoin d'accéder au dossier médical pour fournir des soins appropriés au patient ou, pour ce qui concerne les étudiants, apprendre la pratique de la médecine.

Lorsque les patients parlent une langue différente de celle du personnel soignant, il est nécessaire de faire appel à un interprète pour faciliter le dialogue. Lorsque les patients ne sont pas capables de prendre les décisions médicales par eux-mêmes, il importe que d'autres personnes puissent obtenir les renseignements les concernant afin de pouvoir prendre des décisions en leur nom.

Il est courant que les médecins informent les membres de la famille du défunt de la cause du décès. Le non-respect du principe de confidentialité est dans ces cas généralement justifié, mais il doit rester exceptionnel et les personnes qui ont accès aux données confidentielles doivent prendre conscience de l'importance pour l'intérêt du patient de ne pas les propager plus que nécessaire.

Dans la mesure du possible, les patients doivent être informés de l'existence de ces violations.

Il est une autre raison généralement acceptée de ne pas respecter le principe du secret professionnel, le respect des règles juridiques. Par exemple, il existe dans beaucoup de juridictions des lois qui obligent le signalement de patients souffrant de maladies particulières, de personnes jugées incapables de conduire ou soupçonnées de mauvais traitements envers les enfants. Les médecins doivent avoir connaissance des règles juridiques qui régissent la communication des données concernant le patient sur leur lieu de travail. Cependant, les obligations juridiques peuvent contredire le principe du respect des droits humains sur lequel se fonde l'éthique médicale. Par conséquent, les médecins doivent regarder d'un œil critique l'obligation juridique d'enfreindre la confidentialité et s'assurer qu'elle est justifiée avant de s'y conformer.

Lorsque les médecins sont persuadés de la nécessité de se soumettre au règlement juridique concernant la divulgation des renseignements médicaux de leurs patients, il est souhaitable qu'ils discutent au préalable du bien-fondé de cette divulgation avec les patients avant d'engager leur coopération. Par exemple, il est préférable que le patient soupçonné de mauvais traitements envers les enfants appelle les services de protection de l'enfant en la présence du médecin pour faire sa déclaration ou que le médecin obtienne son consentement avant d'en informer les autorités. Il s'agit là d'une préparation aux interventions suivantes. Si cette coopération n'est pas possible et que le médecin a des raisons de croire que tout retard de signalement peut être sérieusement préjudiciable pour les enfants, alors le médecin devra immédiatement aviser les services de protection concernés et en informer ensuite le patient.

Outre ces manquements au respect de la confidentialité, exigés par la loi, les médecins peuvent avoir un devoir éthique de communiquer des renseignements confidentiels à des personnes qui risquent de subir des préjudices de la part d'un patient. Il existe deux situations dans lesquelles de tels faits peuvent se produire : lorsqu'un patient informe un psychiatre de son intention de porter atteinte à une autre personne et lorsque le médecin est convaincu qu'un patient atteint du VIH continuera à avoir des relations sexuelles non protégées avec son époux ou autre partenaire.

Le non-respect de la confidentialité peut, lorsqu'il n'est pas requis par la loi, être justifié dans les conditions suivantes : lorsque le préjudice est, sauf divulgation non autorisée, supposé imminent, grave, irréversible et inévitable et plus grand que celui susceptible de résulter d'une divulgation de renseignements. En cas de doute, il sera judicieux que le médecin demande conseil à un expert.

Une fois décidé que le devoir de mise en garde justifie une divulgation non autorisée, le médecin doit répondre à deux questions : quels renseignements divulguer et à qui ? En général, seuls les renseignements permettant d'éviter un préjudice escompté doivent être communiqués, et ce, aux seules personnes qui ont besoin de ces informations pour prévenir le préjudice. Des mesures raisonnables doivent être prises pour minimiser chez le patient les torts et outrages qui peuvent résulter de cette divulgation de renseignements. Il est ici recommandé au médecin d'informer le patient que le principe de confidentialité peut ne pas être respecté pour assurer sa propre protection ou celle de toute autre victime éventuelle. Il conviendra dans la mesure du possible de s'assurer de la coopération du patient.

Dans le cas d'un patient atteint de l'infection par le VIH ou le virus de l'hépatite B, la divulgation de renseignements à l'un des époux ou partenaire sexuel du moment peut ne pas être contraire à l'éthique et s'avérer justifiée lorsque le patient ne souhaite pas informer la personne à risques. Cette divulgation n'est possible que si toutes les conditions suivantes sont réunies : le partenaire présente un risque d'infection par le VIH et ne dispose d'aucun moyen raisonnable de connaître ce risque ; le patient a refusé d'informer son partenaire sexuel ; le patient a refusé l'aide proposée par le médecin de l'informer à sa place ; le médecin a fait part au patient de son intention de divulguer l'information à son partenaire.

L'aide médicale à des criminels suspects ou reconnus coupables pose des problèmes particuliers en ce qui concerne la confidentialité. Bien que les médecins soignant les détenus aient une indépendance limitée, ils doivent faire tout leur possible pour traiter ces patients comme tous les autres. En particulier, ils doivent garantir la confidentialité en ne révélant pas aux autorités pénitentiaires des détails sur l'état de santé du patient sans le consentement préalable de ce dernier.

8 - QUESTIONS RELATIVES AU DÉBUT DE VIE (OBJECTIF 7)

En éthique médicale, beaucoup de questions importantes concernent le début de vie. Chacune a fait l'objet d'analyses approfondies par les associations médicales, les spécialistes de l'éthique et les organes consultatifs auprès des gouvernements et il existe à leur sujet, dans beaucoup de pays, des lois, des réglementations et des déclarations.

8.1. LA CONTRACEPTION

Le fait qu'il existe une reconnaissance internationale croissante du droit de la femme à contrôler sa fertilité, notamment la prévention d'une grossesse non désirée, ne dispense pas les médecins de toujours devoir traiter des questions délicates comme la demande de contraceptifs par des mineurs et l'explication des risques inhérents à chaque méthode de contraception.

8.2. LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Il existe pour les couples (et individus) qui ne peuvent concevoir naturellement de multiples techniques de l'assistance médicale à la procréation, telles que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro et le transfert d'embryon, largement disponibles dans les principaux centres médicaux.

La pratique de maternité de substitution ou mère-porteuse est une autre solution. Aucune de ces méthodes ne va cependant pas sans poser de problèmes.

8.3. LE DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE PRÉNATAL

Des tests génétiques sont maintenant disponibles pour détecter l'affection pour certaines anomalies génétiques d'un embryon ou d'un fœtus et pour connaître la nature masculine ou féminine de son sexe. Les médecins doivent déterminer le moment opportun de proposer ces tests et choisir la manière appropriée d'expliquer les résultats.

8.4. L'AVORTEMENT

Cette question a longtemps été un des plus grands sujets de discord de l'éthique médicale, à la fois pour les médecins et les pouvoirs publics.

La Déclaration de l'AMM sur l'avortement thérapeutique reconnaît cette diversité de vues et de convictions et conclut que « c'est une question de conviction et de conscience personnelles qui doit être respectée ».

8.5. LES NOUVEAU-NÉS DONT LA SURVIE EST GRAVEMENT COMPROMISE

Les nouveau-nés dont la survie est gravement compromise – en raison d'une extrême prématurité ou de malformations congénitales, certains nouveau-nés ont un très faible pronostic de survie. Il faut souvent faire le choix difficile d'essayer de prolonger leur vie ou de les laisser mourir.

8.6. LES QUESTIONS RELATIVES À LA RECHERCHE

Elles concernent notamment la production de nouveaux embryons ou l'utilisation des embryons « surnuméraires » (ceux dont on ne veut pas pour la reproduction) pour

obtenir des cellules-souches à des fins thérapeutiques, les essais de nouvelles techniques de procréation assistée et les expérimentations sur les fœtus.

9. QUESTIONS RELATIVES À LA FIN DE VIE (OBJECTIF 8)

Les questions relatives à la fin de vie vont de la tentative de prolonger la vie des personnes mourantes au moyen de hautes technologies expérimentales comme l'implantation d'organes animaux, à celle de terminer la vie prématurément par l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.

Entre ces deux extrêmes, de nombreuses questions se posent, concernant notamment la mise en place ou le retrait de traitements susceptibles de prolonger la vie, les soins aux patients en phase terminale et la recommandation et l'utilisation des directives anticipées.

Deux questions, l'euthanasie et l'assistance au suicide méritent une attention particulière.

9.1. L'EUTHANASIE

L'euthanasie consiste à exécuter sciemment et délibérément une opération clairement destinée pour mettre un terme à la vie d'une autre personne. Elle présente les caractéristiques suivantes : le sujet est une personne capable, éclairée, atteinte d'une maladie incurable qui demande volontairement que l'on mette un terme à sa vie ; l'exécutant a connaissance de l'état de la personne et de son désir de mourir et effectue l'opération dont l'objectif premier est de mettre un terme à sa vie ; l'opération est exécutée avec compassion et ne donne lieu à aucun avantage personnel.

9.2. L'ASSISTANCE AU SUICIDE

L'assistance au suicide consiste à fournir sciemment et délibérément à une personne la connaissance et/ou les moyens nécessaires pour se suicider, y compris des conseils sur la dose létale du produit, la prescription de ces doses létales ou la fourniture des produits.

L'euthanasie et le suicide assisté sont considérés comme équivalents d'un point de vue moral, bien qu'il existe entre les deux une différence pratique bien marquée et dans certaines juridictions, une différence juridique.

Selon ces définitions, l'euthanasie et le suicide assisté doivent être distingués du refus ou de l'arrêt d'un traitement inapproprié, futile ou indésirable ou de la prestation de soins palliatifs compatissants, même si ces pratiques abrègent la vie.

Les demandes d'euthanasie ou d'assistance au suicide surgissent à la suite d'une douleur ou d'une souffrance que le patient considère comme intolérable. Il préfère mourir plutôt que de continuer à vivre dans de telles circonstances. De plus, beaucoup de patients estiment avoir le droit de mourir, si tel est leur choix, et même le droit d'être assisté. Le médecin est considéré comme l'instrument de mort le plus approprié parce qu'il a la connaissance médicale des produits permettant d'assurer une mort rapide et sans douleur et aussi la possibilité d'avoir accès à ces produits.

Il est compréhensible que les médecins hésitent à répondre à des demandes d'euthanasie ou d'assistance au suicide parce que ces actes sont illégaux dans la plupart des pays et condamnés par la plupart des codes d'éthique médicale. Cette prohibition faisait déjà partie du serment d'Hippocrate et a été réaffirmée avec force dans la Déclaration de l'AMM sur l'euthanasie :

« L'euthanasie, c'est-à-dire mettre fin à la vie d'un patient par un acte délibéré, même à sa demande ou à celle de ses proches, est contraire à l'éthique ». Cela n'interdit pas au médecin de respecter la volonté du patient de laisser le processus naturel de la mort suivre son cours dans la phase terminale de la maladie.

Le refus de l'euthanasie et du suicide assisté ne signifie pas que les médecins ne peuvent rien faire pour le patient atteint d'une maladie extrêmement grave à un stade de développement avancé et pour laquelle les moyens curatifs ne sont pas appropriés.

Les traitements de soins palliatifs destinés à soulager la douleur et la souffrance et à améliorer la qualité de la vie ont beaucoup progressé ces dernières années. Les soins palliatifs peuvent convenir à des patients de tous âges, depuis l'enfant atteint d'un cancer jusqu'à une personne âgée en fin de vie. Le contrôle de la douleur est l'un des aspects des soins palliatifs qui nécessite pour tous les patients la plus grande attention. Les médecins qui soignent des personnes en fin de vie doivent s'assurer qu'ils disposent des moyens appropriés disponibles dans ce domaine et, si possible, d'un accès à l'aide consultative experte de spécialistes en soins palliatifs.

Surtout, les médecins ne doivent pas abandonner les patients en fin de vie; ils doivent continuer à leur fournir des soins compatissants même lorsque la guérison n'est plus possible.

L'approche de la mort soulève bien d'autres problèmes éthiques pour le patient, le représentant légal et le médecin. La prolongation de la vie par le recours à des médicaments, des interventions de réanimation, des procédés radiologiques et des soins intensifs nécessite de décider du moment de commencer ces traitements et de les arrêter lorsqu'ils ne marchent pas.

Comme on l'a indiqué précédemment au sujet de la divulgation et du consentement, le patient compétent a le droit de refuser un traitement médical, même lorsque ce refus entraîne la mort. Il existe entre les individus de grandes différences quant à leur attitude envers la mort. Certains feront tout leur possible pour prolonger la vie, quelles que soient les douleurs et les souffrances, tandis que d'autres seront tellement impatients de mourir qu'ils refuseront même les moyens les plus simples susceptibles de les maintenir en vie, comme les antibiotiques dans le cas d'une pneumonie infectieuse, par exemple.

Une fois que le médecin a fait tout son possible pour informer le patient des traitements disponibles et de leur chance de réussite, il doit respecter les décisions du patient concernant le début ou la continuation du traitement.

10. CONCLUSION

Bien qu'encore présente dans notre culture, l'interprétation traditionnelle, paternaliste, de la relation médecin/patient, selon laquelle le patient se soumettait aux décisions du médecin, est actuellement rejetée au nom du droit autant que de l'éthique.

La communication entre patient et médecin est fondamentale, base du consentement éclairé.

Bien que difficile dans certaines situations (chez des patients incapables de prendre leurs propres décisions par exemple), la prise de décision concernant les soins repose sur les choix du patient. Cette décision devra être prise après une information de qualité donnée par le médecin, dans un langage adapté en tenant compte des spécificités culturelles...

RÉFÉRENCES

1. Manuel d'éthique médicale. Association Médicale Mondiale. 2^e édition. 2009.
2. Valeurs universelles de la bioéthique et diversité culturelle. Comité National d'éthique médicale. Agence universitaire de la Francophonie. 2008.
3. La relation médecin/malade. Arlet Philippe. Module 1 : Apprentissage de l'exercice médical. Sous module : éthique et déontologie, relation médecin-malade. 2001

EVALUATION FORMATIVE

Le Dr P., chirurgien compétent et expérimenté, s'apprête à terminer son service de nuit dans un hôpital communal de taille moyenne. Une jeune fille, accompagnée de sa mère, arrive à l'hôpital. La mère repart immédiatement après avoir dit à l'infirmière qu'elle devait rentrer pour s'occuper des autres enfants. La patiente présente une hémorragie vaginale et souffre beaucoup. Le Dr P. l'examine et pense qu'il s'agit d'une fausse couche ou d'un avortement provoqué. Il fait vite une dilatation et un curetage et demande à l'infirmière de demander à la patiente si elle peut financièrement se permettre de rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'il soit sans danger pour elle d'en sortir. Le Dr Q. arrive pour remplacer le Dr P. qui rentre chez lui sans avoir parlé à la patiente.

Le Dr P. est-il critiquable d'un point de vue éthique dans sa relation avec la patiente ?

Réponse

À la lumière de l'analyse de la relation médecin / patient, le comportement du Dr P. est critiquable à plus d'un titre :
- la communication
Il n'a pas essayé d'entrer en contact avec la patiente ou avec sa mère pour discuter de la cause de son état, des options de traitement ou de la possibilité de rester à l'hôpital jusqu'à la guérison ;
- le consentement
Il n'a pas obtenu le consentement éclairé de la patiente pour le traitement
- la compassion
Il montre peu de compassion pour sa situation. Il est possible qu'il ait accompli son traitement chirurgical avec grande compétence et qu'il était fatigué à l'issue d'un long service, mais cela n'excuse pas le non-respect des principes éthiques.

ÉTHIQUE ET RECHERCHE MÉDICALE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- d'identifier les principes de l'éthique de la recherche
- de répondre aux exigences du comité d'éthique
- de fournir les renseignements nécessaires à l'obtention du consentement éclairé.

INTRODUCTION

La recherche médicale est une recherche réalisée exclusivement sur l'être humain. Elle a pour but d'améliorer la connaissance sur l'être humain, une pathologie, un procédé ou protocole de soin, un médicament... elle doit **obéir à un protocole** qui, lui-même, obéit à une **réglementation**. Il est donc essentiel d'inclure les principes éthiques fondamentaux à la conception et à la mise en œuvre de la recherche à laquelle se prêtent des êtres humains.

1. DÉFINITION DE LA RECHERCHE :

La recherche est définie comme étant « une investigation systématique, comprenant notamment le développement de la recherche, les essais et l'évaluation, conçue pour produire des connaissances généralisables ou y contribuer ». Les mots systématiques et généralisables sont les termes essentiels de cette définition.

« Une Investigation systématique » signifie que la méthodologie est organisée et structurée de manière formelle, pour produire de **nouvelles connaissances**. Celle-ci implique couramment le développement d'un protocole de recherche dont les objectifs sont clairement définis.

« Des connaissances généralisables » signifient que les connaissances obtenues sont destinées à avoir une **application générale** qui dépasse les besoins du groupe de participants à la recherche. Elles auront des applications en dehors du site de l'étude.

La recherche médicale se divise en recherche fondamentale et clinique :

- La recherche médicale **fondamentale** vise à mieux comprendre le **corps humain** et ses **maladies**. Son spectre est très large et largement lié aux autres **sciences**. On peut principalement citer la **biologie**, la **biochimie**, **l'histologie**, **l'anatomie**, et la **physiologie**; elle porte donc tant sur le fonctionnement normal que pathologique des systèmes vivants. Bien qu'elle n'ait pas d'application clinique directe, elle permet d'établir les fondements scientifiques sans lesquels rien n'est possible.
- La recherche médicale clinique se base sur les résultats de la recherche fondamentale pour inventer et prouver l'efficacité de nouveaux traitements ou techniques. La première étape de la recherche clinique est appelée « recherche préclinique ». Cette **recherche appliquée** est effectuée par des laboratoires universitaires ou pharmaceutiques, sur des modèles biologiques (tests in vitro) ou animaux (tests in vivo). Lorsque les chercheurs pensent avoir trouvé un traitement efficace, on passe à l'étape suivante appelée « étude clinique ». Elle passe par la comparaison rigoureuse et objective, chez des malades, du diagnostic, du traitement prometteur et des meilleurs traitements connus.

2. TYPOLOGIE DE LA RECHERCHE CLINIQUE :

Il existe deux types de recherche médicale, selon le « risque » encouru par la personne :

2.1. LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE :

Elle est faite directement sur l'homme. Elle implique une **action** sur la personne, malade ou non, et en modifie la prise en charge. Elle est organisée par un promoteur.

Elle englobe :

- la recherche biomédicale : administration de médicaments, implantation d'un dispositif, thérapie cellulaire, thérapie génique, investigations physiologiques, diagnostic, pronostic, génétique...
- les soins courants : au cours desquels les actes sont pratiqués et les produits sont utilisés selon les modalités habituelles de soins. Seules les modalités de surveillance sont modifiées. Les recherches sur les médicaments sont exclues de ce cadre.

2.2. LA RECHERCHE NON INTERVENTIONNELLE :

Elle est par définition à faible risque, faite sur des prélèvements biologiques déjà faits dans le cadre dans un autre cadre et réutilisé pour l'occasion, sur des données observationnelles sur registres, ou plus simplement sur des données personnelles. Elle est organisée par un responsable.

3. IMPORTANCE DE LA RECHERCHE CLINIQUE :

La recherche clinique a deux fonctions : l'évaluation et la mise au point de nouveaux traitements.

- L'évaluation : du fait que chaque patient est différent, un traitement peut être efficace pour 90 % de la population et ne l'est pas pour les autres 10 %. Ainsi, même les traitements les plus généralement reconnus doivent être contrôlés et évalués afin de déterminer leur efficacité pour des patients spécifiques, voire pour les patients en général.
- la mise au point de nouveaux traitements, en particulier les médicaments, les dispositifs médicaux et les techniques chirurgicales. Car même si de nombreux progrès ont été réalisés dans ce domaine, beaucoup de questions, concernant le fonctionnement du corps humain, les causes de certaines maladies, les moyens de les prévenir et de les soigner, n'ont pas encore trouvé de réponse.

La recherche clinique est le seul moyen d'y répondre.

4. DUALITE MEDECIN/INVESTIGATEUR :

Le médecin investigateur peut être confronté à deux problèmes :

4.1. RESPONSABILITE MEDICALE :

Le rôle du médecin dans la relation médecin/patient est différent de celui de l'investigateur dans la relation investigateur/sujet, même si le médecin et l'investigateur sont la même personne. La première responsabilité du médecin est la santé et le bien-être du patient alors que celle de l'investigateur est l'apport de connaissances qui peuvent contribuer ou pas à la santé et au bien-être du sujet d'étude. Donc, il peut y avoir des antagonismes entre ces deux rôles. Dans ce cas, le rôle du médecin doit prévaloir sur celui de l'investigateur. Ce qui signifie, entre autres choses, que le médecin doit être prêt à recommander que le patient ne participe pas à une étude lorsqu'il semble bien réagir au traitement en cours et que l'étude nécessite qu'il soit soumis de manière aléatoire à différents traitements et/ou à un placebo. Le médecin ne doit demander à un patient de participer à une étude que s'il a de solides raisons scientifiques de douter que le traitement qu'il suit soit aussi approprié qu'un nouveau traitement voire même un placebo.

4.2. CONFLIT D'INTÉRÊTS :

La recherche médicale est une entreprise bien dotée en capitaux, et des rétributions considérables sont parfois offertes aux médecins en échange de leur participation. Il peut s'agir de versements d'espèces pour le recrutement de sujets d'étude, de matériel comme des ordinateurs pour transmettre les recherches de données, d'invitations à des conférences pour discuter les résultats des recherches ou encore du partage de la paternité des publications de ces résultats. L'intérêt du médecin à obtenir ces avantages peut parfois ne pas être compatible avec son devoir de fournir au patient le meilleur traitement disponible. Il peut aussi s'opposer au droit du patient d'obtenir tous les renseignements nécessaires à une décision éclairée concernant son souhait de participer ou pas à une étude. L'institution doit prendre les mesures nécessaires pour minimiser les conflits d'intérêts. Cette démarche peut s'accomplir par le biais de l'éducation du personnel qui participe à la recherche et par celui de la supervision adéquate de la recherche. Beaucoup d'institutions exigent maintenant des chercheurs qu'ils divulguent à l'avance leurs conflits d'intérêts. Des comités spécialisés sont alors chargés d'examiner leurs déclarations et, le cas échéant, de formuler une stratégie adaptée. En outre, un grand nombre de revues professionnelles obligent les chercheurs à révéler leurs conflits d'intérêts quand ils soumettent un article aux fins de publication.

5. EXIGENCES ÉTHIQUES :

Les principes éthiques applicables à la recherche sont considérés universels, c'est-à-dire qu'ils transcendent les frontières géographiques, culturelles, économiques, juridiques et politiques. Si ces principes sont universels, les ressources nécessaires à leur application ne le sont pas, et les procédures visant à assurer le caractère éthique des études ne sont pas nécessairement optimales non plus. Par exemple, on peut noter l'absence d'un principe universel sur les modalités du suivi des essais cliniques. Indépendamment de leurs limitations, ces principes doivent **guider** le comportement de tous les individus qui participent à la planification, à la conduite et à la promotion de la recherche sur des êtres humains. La participation des personnes à des projets de recherche a contribué à l'amélioration de la qualité de la vie par le biais du développement d'outils diagnostiques et de traitements efficaces.

5.1. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'ÉTHIQUE APPLIQUÉE À LA RECHERCHE SUR DES ÊTRES HUMAINS :

L'éthique de la recherche sur des sujets humains repose sur 3 principes de base qui passent pour être le fondement de toutes les réglementations ou lignes directrices afférentes à l'éthique de la recherche. Il s'agit du respect de la personne, de la bienfaisance et de la justice.

5.1.1. LE RESPECT DE LA PERSONNE :

Il recouvre la capacité et les droits qu'ont tous les individus d'être les arbitres de leurs propres choix et décisions. Il se rapporte au **respect de l'autonomie** et de **l'autodétermination** de tous les êtres humains, dont on reconnaît la dignité et la liberté.

Une composante importante de ce principe tient à la protection particulière qu'il convient d'accorder aux personnes vulnérables, telles que les enfants, les prisonniers, les personnes atteintes de maladies mentales, les analphabètes, les personnes qui vivent dans le dénuement ou celles qui ont un accès limité aux services de santé. Dans certaines cultures, les femmes peuvent constituer elles aussi un groupe vulnérable en devant laisser les hommes prendre les décisions, ce qui remet en cause la notion d'un consentement véritablement volontaire. Ces conditions peuvent compromettre la capacité qu'ont les personnes de refuser de participer à la recherche.

5.1.2. LA BIENFAISANCE :

Le principe de bienfaisance veut que le chercheur assume la responsabilité du bien-être physique, mental et social du participant pour tout ce qui touche à l'étude. On parle également de principe de **non-malfaisance**. Les risques encourus par les participants à une étude de recherche doivent être évalués à la lumière des avantages qui pourraient en découler pour eux et de l'importance des connaissances susceptibles d'être acquises. En tout état de cause, les **risques** doivent toujours être ramenés au **minimum** pour le participant. La protection du bien-être des participants est la responsabilité primordiale du chercheur. La protection du participant est plus importante que la poursuite de nouvelles connaissances, les avantages scientifiques qui découleront de l'étude et l'intérêt personnel ou professionnel du chercheur.

5.1.3. LA JUSTICE :

L'investigateur est dans l'obligation de peser équitablement les risques et les avantages de la participation à l'étude. Le recrutement et la sélection des participants à la recherche doivent s'opérer dans un souci d'équité. Le principe de justice interdit qu'un groupe soit exposé à un risque pour le seul avantage d'un autre groupe. Par exemple, ce principe ne permet pas que l'on se serve de groupes vulnérables (tels des mineurs, des démunis ou des prisonniers) comme participants à la recherche pour le bienfait exclusif de groupes privilégiés. Comme l'exige le respect de la personne, il est nécessaire de protéger les groupes vulnérables, y compris les démunis et ceux qui ont un accès limité aux services de santé.

5.2. HISTOIRE DE L'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET ÉVOLUTION :

Si les principes de base de l'éthique de la recherche sont aujourd'hui bien établis, Il n'en a pas toujours été ainsi. D'éminents investigateurs des 19^e et 20^e siècles ont conduit des expériences sur les patients sans obtenir leur consentement et sans se préoccuper beaucoup, si toutefois ils s'en préoccupaient, du bien-être du patient.

5.2.1. LE CODE DE NUREMBERG :

Les déclarations sur l'éthique de la recherche rédigées au début du 20^e siècle n'empêchèrent pas les médecins, de l'Allemagne nazie et d'ailleurs, de faire des recherches violant les droits humains fondamentaux de leurs sujets. Après la Seconde Guerre mondiale, certains de ces médecins furent jugés et condamnés par le tribunal de Nuremberg, en Allemagne. Les bases de ce jugement sont connues sous le nom de Code de Nuremberg et comptent parmi les documents qui ont servi de fondement à l'éthique de la recherche moderne. Parmi les dix principes de ce code, figure notamment la demande de consentement volontaire du patient qui se prête à une étude. L'association médicale mondiale (aMM) a été créée en 1947, la même année que fut élaboré le Code de Nuremberg. Les fondateurs de l'aMM, conscients des violations de l'éthique médicale avant et pendant la Seconde Guerre mondiale, s'empressèrent de prendre des mesures qui permettaient de garantir les obligations éthiques des médecins.

5.2.2. LA DÉCLARATION D'HELSINKI :

En 1954, au terme de plusieurs années d'étude, l'aMM adopta un ensemble de principes pour les personnes se prêtant à la recherche et à l'expérimentation. Ce document fut révisé quelque dix années plus tard et adopté sous le nom de Déclaration d'Helsinki (DdH), en 1964. Le texte fut révisé plusieurs fois, en 1975, en 1983, en 1989, en 1996, 2000 et 2008. La DdH est un résumé concis de l'éthique de la recherche.

5.2.3. LE RAPPORT BELMONT :

En 1972, le scandale provoqué par l'étude de Tuskegee, effectuée dans le sud des États-Unis de 1932 à 1972, fut rendu public. Plus de 400 hommes atteints de syphilis latente avaient été suivis à des fins d'observation de la maladie, au lieu d'être traité. Même après la découverte des antibiotiques, dans les années 1940, ces hommes ont continué d'être privés de traitement. Cette étude revêtait un caractère d'autant plus honteux que tous les participants étaient des Afro-américains issus de classes économiquement défavorisées, à l'époque un groupe désavantagé du sud des États-Unis. C'est à la suite de cette affaire qu'a été créée, en 1974, la Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et comportementale. En 1979, celle-ci a soumis son rapport, intitulé rapport Belmont : Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche. Ce document énonce les principes éthiques fondamentaux qui doivent sous-tendre la conduite de la recherche à laquelle se prêtent des individus.

5.2.4. LES LIGNES DIRECTRICES DU CONSEIL DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES DES SCIENCES MÉDICALES (COISM) :

Le COISM joue un rôle actif dans le domaine de la bioéthique depuis de nombreuses années. En 1993, il a rendu public ses 15 lignes directrices pour la recherche biomédicale à laquelle se prêtent des sujets humains. L'objectif de ce document était de démontrer comment appliquer les principes éthiques de la déclaration d'Helsinki de manière efficace, en particulier dans les pays en développement. Le document a été révisé en 2002.

D'autres documents, plus détaillés, ont été élaborés.

5.2.5. À L'ÉCHELLE LOCALE :

Les 3 principes fondamentaux de l'éthique de la recherche sur des sujets humains, respect de la personne, bienfaisance et justice constituent le fondement de l'éthique de la recherche. Ces principes sont couramment inclus dans les règlements nationaux et les recommandations internationales. À terme, ces règlements et recommandations ont besoin d'être adaptés ou transformés en lignes directrices opérationnelles.

6. CONDUITE RESPONSABLE DE LA RECHERCHE :

6.1. APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE (CE) :

En Tunisie, le CE, appelé le CNEM, est composé du président et de 28 membres de différentes disciplines, et ce pour un mandat de 3 ans; les 28 membres sont :

- 10 nommés « es qualité » : doyens des facultés de médecine, de médecine dentaire, et de pharmacie (6) + présidents des conseils nationaux de l'ordre des médecins, des médecins-dentistes, des médecins vétérinaires et des pharmaciens (4);
- 12 proposés par leurs institutions respectives : le Conseil constitutionnel, le Conseil supérieur islamique, le Comité supérieur pour les droits de l'homme et des libertés fondamentales, la Cour de cassation, le tribunal administratif, un professeur de l'enseignement supérieur en philosophie, un professeur de l'enseignement supérieur de sociologie, un professeur de l'enseignement supérieur de droit, deux chercheurs intéressés par les questions relevant du domaine d'activité du comité, un représentant du Ministère des Affaires sociales, une personnalité du secteur de l'information;
- 6 personnalités intéressées par l'éthique médicale désignées par le ministre de la Santé.

Pour obtenir cette approbation, les investigateurs doivent :

- expliquer l'objet de l'étude et les méthodes employées en précisant la valeur scientifique et sociale de l'étude dans le but d'écarter les projets qui ont peu de chances de réussir, en raison notamment de méthodologies inappropriées ou qui ne semblent pouvoir produire, même s'ils ont des chances de réussir, que des résultats insignifiants. Pour cela il faut une connaissance approfondie de la documentation existante. Les études ne doivent être conduites que par des personnes scientifiquement qualifiées.
- démontrer que les risques encourus par les sujets sont raisonnables rapport aux bénéfices attendus. Les risques portent sur le fait que le préjudice se puisse se présenter (de très forte à très faible) et puisse être grave (d'insignifiant à une incapacité permanente grave, voire la mort). Un risque fortement improbable de préjudice insignifiant n'est pas problématique pour un bon projet de recherche. À l'autre extrémité, un risque probable de préjudice grave est inacceptable à moins que l'étude soit le seul espoir de traitement pour des sujets en phase terminale, auquel cas il faut s'assurer qu'ils peuvent être contrôlés. Lorsque le risque est totalement inconnu, le chercheur ne doit pas poursuivre l'étude tant qu'il ne dispose pas de données fiables, par exemple, des analyses de laboratoires ou des expérimentations sur les animaux.
- démontrer le mode de recrutement des sujets de recherche en précisant la population des participants (voir chapitre 5.1.1)
- préciser le mode d'obtention de leur consentement et de protection de leur vie privée,
- spécifier le mode de financement du projet et divulguer les éventuels conflits d'intérêts.

Le comité d'éthique peut approuver le projet tel que présenté ou demander à le modifier avant d'être mis à exécution ou encore le rejeter dans son ensemble. Beaucoup de comités ont aussi pour rôle de contrôler les projets en cours et de veiller à ce que les chercheurs remplissent leurs obligations et puissent, en cas de besoin, notamment lors de circonstances imprévues gravement préjudiciables, arrêter un projet. La raison pour laquelle l'approbation d'un comité d'éthique est indispensable est que ni les investigateurs ni les sujets de recherche n'ont jamais les connaissances et l'objectivité suffisantes pour déterminer si un projet est valable d'un point de vue scientifique et éthique. Les investigateurs doivent démontrer à un comité impartial et spécialisé que le **projet est utile**, qu'ils possèdent les **compétences nécessaires** pour le conduire et que les futurs sujets de recherche seront, dans toute la mesure du possible, protégés des éventuels préjudices.

Une des questions non encore résolues à propos des comités d'éthique est de savoir si un projet relié à plusieurs centres nécessite l'approbation du comité de chaque centre ou si l'approbation d'un seul comité suffit. Lorsque les centres sont situés dans des pays différents, l'examen et l'approbation du comité sont généralement requis dans chacun des pays.

6.2. CONSENTEMENT ECLAIRE :

Il est essentiel de l'obtenir avant la mise en route de l'étude. Il est défini comme « le consentement donné par un individu compétent qui a reçu les informations nécessaires, les a bien comprises et est parvenu à une décision, après mûre réflexion, sans avoir fait l'objet de coercition, d'influence ou d'incitations indues, ou d'intimidation ».

C'est un processus de communication entre l'investigateur et le participant qui commence **avant la mise en route** de la recherche et **se poursuit tout au long de l'étude**. Le formulaire de consentement éclairé sert souvent à faciliter et à normaliser le processus de ce consentement, mais il ne constitue pas en soi un consentement éclairé, car le fait qu'un participant signe le formulaire ne signifie pas qu'il en a compris les dispositions ni qu'il donne volontairement son consentement. Pour garantir qu'un participant à la recherche reçoive les informations nécessaires à la prise d'une décision éclairée, il est important de lui fournir les renseignements concernant :

- LA DESCRIPTION DE LA RECHERCHE :

En règle générale, la première information fournie dans le consentement éclairé est la déclaration claire et directe du fait que l'étude envisagée s'inscrit dans le cadre d'une recherche et, par conséquent, qu'elle tente de répondre à certaines questions. Le but ou les objectifs de la recherche doivent être clairement présentés de manière à expliquer quelle sorte d'informations l'étude se propose de découvrir. Lorsqu'il s'agit d'une recherche clinique, l'éventuel participant doit comprendre qu'il ne recevra pas de soins de santé classiques ou ordinaires, mais au contraire des soins en rapport avec l'étude. Les participants doivent accepter de se soumettre aux procédures exigées par l'étude, en particulier lorsqu'elles sont expérimentales. La durée prévue de l'étude et les responsabilités attendues des participants doivent être clairement énoncées et acceptées par les participants. Si l'étude prévoit la randomisation et le recours possible à un placebo, les participants doivent comprendre qu'ils ne recevront peut-être pas de traitement.

- LA DESCRIPTION DES RISQUES :

Dans le processus de consentement éclairé, les risques prévus ou prévisibles qui sont associés à la participation à l'étude, y compris les risques physiques, sociaux et psychologiques, doivent être soigneusement expliqués. Au stade de la planification, il faut notamment accorder une attention particulière à la quantité d'informations à fournir sur les risques possibles ainsi qu'à la façon de les présenter. Il faut tenir compte des influences culturelles et des pratiques médicales locales. La façon dont les risques seront présentés au participant doit faire l'objet de l'évaluation et de l'approbation préalables d'un comité d'éthique. Si de nouveaux risques sont identifiés au cours de la recherche, une mise à jour du consentement éclairé ainsi que la notification dans les plus brefs délais de tous les participants s'impose.

- LA DESCRIPTION DES AVANTAGES :

Les participants à la recherche doivent être mis au courant des avantages susceptibles de découler de leur participation. Le consentement éclairé doit contenir la description de tout avantage que le sujet ou d'autres personnes sont raisonnablement en droit d'attendre de la recherche. Il est interdit d'exagérer ces avantages ou d'induire en erreur le participant afin de l'amener à participer à la recherche. La gratuité des services de santé, dont le participant est autorisé à bénéficier, ne doit pas être présentée comme s'il s'agissait d'un avantage spécial. Il faut faire particulièrement attention à la façon dont on présente les avantages aux personnes ayant un accès limité aux services de santé. L'offre de soins à des individus qui n'y auraient normalement pas accès constitue une incitation non négligeable susceptible de revêtir un caractère coercitif. Les chercheurs sont tenus de s'assurer que la promesse de soins de santé n'influence pas de manière induite les décisions des participants éventuels. Enfin, le formulaire de consentement éclairé doit également décrire les avantages ou services qui seront mis à la disposition des participants une fois la recherche terminée.

- LA GARANTIE DE LA CONFIDENTIALITÉ :

Les sujets de recherche ont droit comme les patients recevant des soins cliniques à la confidentialité des informations de santé les concernant. Cependant, contrairement aux soins cliniques, la recherche nécessite la communication des renseignements de santé personnels à d'autres personnes, y compris l'ensemble de la communauté scientifique et parfois le grand public. Afin de protéger la vie privée des sujets, les investigateurs doivent assurer que l'obtention du consentement éclairé concerne l'utilisation des renseignements de santé personnels à des fins de recherche, ce qui suppose que les su-

jets soient informés à l'avance de l'utilisation qui sera faite de ces renseignements. En règle générale, les renseignements doivent être dépourvus de leur identité et conservés et transmis en toute sécurité.

- LA COMPENSATION :

Il faut donner des informations claires sur les possibilités de compensation susceptibles d'être présentées au participant en cas de problème qui surgirait au cours de l'étude. Il faut préciser le traitement qui serait proposé et dire qui en assumerait les coûts en cas de blessure ou de complications. Toutefois, une telle compensation n'est pas systématiquement offerte par toutes les organisations. Les chercheurs doivent être informés des dispositions des institutions et des promoteurs relatives à la compensation des participants. Il est permis de dédommager les participants pour leur temps, les déplacements et les inconvénients subis. Ce montant doit être raisonnable et fondé sur les coûts locaux. Il ne faut pas que la compensation soit tellement élevée qu'elle influence de manière induite la décision de l'éventuel participant de prendre part à la recherche. C'est particulièrement important quand la population visée est économiquement défavorisée.

- LES CONTACTS AVEC LES PARTICIPANTS:

Le formulaire de consentement éclairé doit contenir des informations sur les coordonnées de la ou des personnes à contacter en cas de questions liées à la recherche. Il faut réfléchir aux moyens les plus pratiques pour les participants. Dans la mesure du possible, les personnes à contacter doivent être disponibles à tout moment. En cas de questions sur des lésions ou blessures ou sur les droits des participants, il est important d'avoir prévu qui doit être contacté. L'investigateur ou toute autre personne directement associée à la recherche sont exclus. En revanche, un membre d'un comité d'éthique pourrait servir de point de contact. Les informations données au participant sur ce sujet doivent être réalistes, économiquement viables et adaptées aux réalités culturelles locales.

- LA PARTICIPATION VOLONTAIRE :

Le formulaire de consentement éclairé doit stipuler que la participation est strictement volontaire. Cette section du consentement éclairé doit indiquer que le refus de participer à la recherche, ou le désir de se retirer de l'étude à n'importe quel moment n'entraîneront aucune pénalité pour le participant ni la perte des avantages auxquels il aurait droit de toute façon.

6.3. LES RESPONSABILITÉS DU CHERCHEUR :

Les chercheurs ont un certain nombre de responsabilités qu'ils doivent assumer pour garantir la protection des participants à la recherche. Elles découlent d'obligations juridiques, mais relèvent aussi des normes éthiques fondamentales auxquelles sont astreints les scientifiques et les professionnels de la santé. Si les chercheurs peuvent parfois déléguer certains travaux à d'autres membres du personnel, ceci ne les dispense pas pour autant de leurs responsabilités. Il s'agit de :

- LA PROTECTION DES SUJETS HUMAINS :

Les protocoles de recherche scientifiquement et techniquement valables sont formulés en plaçant le bien-être des participants au-dessus des intérêts de la science et de la société. Aucune personne ne participe à la recherche avant d'avoir donné son consentement éclairé. Le chercheur a le devoir de communiquer à l'éventuel sujet toutes les informations nécessaires à l'obtention de son consentement éclairé, et l'obligation de protéger la confidentialité des participants.

- LA CONDUITE DE LA RECHERCHE CONFORMÉMENT AU PROTOCOLE :

Le chercheur doit mener l'étude conformément au protocole approuvé et ne peut y apporter de changement qu'avec l'accord du CE. Il est tenu de veiller à ce que tous les membres du personnel soient convenablement formés pour les besoins de la recherche. En outre, il est responsable de l'authenticité des données et de la protection de tous les dossiers.

- LA CONFORMITÉ AUX EXIGENCES DU CE :

Le chercheur doit veiller à ce qu'un CE soit responsable de l'évaluation initiale et continue de la recherche, et de son approbation. En outre, il doit fournir au CE tous les renseignements nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Il est tenu de se conformer à toutes les décisions, stipulations et recommandations du CE. Il doit déclarer au CE toutes les expériences adverses survenant au cours de l'étude, conformément aux règlements et aux exigences du CE. Il doit aussi communiquer au CE tout problème découvert pendant le déroulement de l'étude, y compris les infractions au protocole et toute plainte des participants à la recherche.

- DÉNONCIATION :

Afin d'empêcher que la recherche ne soit l'objet de violations des principes éthiques, quiconque ayant connaissance de ces comportements a l'obligation de les divulguer aux autorités compétentes. Il peut être très difficile pour les jeunes membres d'un groupe de recherche de réagir à des recherches présumées contraires à l'éthique (sentiment d'être non qualifiés pour juger ou crainte de subir des sanctions). Toutefois, ils devraient au moins refuser de participer à des pratiques qu'ils considèrent de toute évidence contraires à l'éthique, comme mentir aux sujets de recherche ou fabriquer des données. Il importe, lorsqu'ils sont témoins de telles pratiques, qu'ils alertent comme ils le peuvent les autorités compétentes, soit directement, soit à titre anonyme.

- LA RESTITUTION HONNÊTE DES RÉSULTATS :

Il ne devrait pas être nécessaire de demander de rendre compte avec exactitude des résultats de l'étude, mais malheureusement les cas de pratiques malhonnêtes se sont ces derniers temps multipliés dans ce domaine. Le plagiat, les données fabriquées, les publications en double exemplaire et les prestations gratuites des auteurs sont autant de problèmes qui se posent. Si ces pratiques peuvent profiter à l'investigateur, du moins jusqu'à ce qu'elles soient découvertes, elles peuvent aussi être très préjudiciables pour les patients qui risquent de recevoir des traitements inadéquats sur la base de rapports d'études inexacts ou falsifiés et pour les autres investigateurs qui risquent de gaspiller beaucoup de temps et de ressources à assurer le suivi de l'étude.

- L'ACCÈS AUX AVANTAGES DE L'ÉTUDE.

ANNEXES

DÉCLARATION D'HELSINKI DE L'ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE PRINCIPES ÉTHIQUES APPLICABLES AUX RECHERCHES MÉDICALES SUR DES SUJETS HUMAINS

Adoptée par la 18^e Assemblée générale Helsinki, juin 1964 et amendée par la 29^e Assemblée générale Tokyo, octobre 1975
35^e Assemblée générale Venise, octobre 1983

41^e Assemblée générale Hong Kong, septembre 1989

48^e Assemblée générale Somerset West (Afrique du Sud), octobre 1996 et la

52^e Assemblée générale Edimbourg, octobre 2000

A. INTRODUCTION

1. La Déclaration d'Helsinki, élaborée par l'Association médicale mondiale, constitue une déclaration de principes éthiques dont l'objectif est de fournir des recommandations aux médecins et autres participants à la recherche médicale sur des êtres humains. Celle-ci comprend également les études réalisées sur des données à caractère personnel ou des échantillons biologiques non anonymes.
2. La mission du médecin est de promouvoir et de préserver la santé de l'être humain. Il exerce ce devoir dans la plénitude de son savoir et de sa conscience.
3. Le Serment de Genève de l'Association médicale mondiale lie le médecin dans les termes suivants : « La santé de mon patient sera mon premier souci » et le Code international d'éthique médicale énonce que « le médecin devra agir uniquement dans l'intérêt de son patient lorsqu'il lui procure des soins qui peuvent avoir pour conséquence un affaiblissement de sa condition physique ou mentale ».
4. Les progrès de la médecine sont fondés sur des recherches qui, in fine, peuvent imposer de recourir à l'expérimentation humaine.
5. Dans la recherche médicale sur les sujets humains, les intérêts de la science et de la société ne doivent jamais prévaloir sur le bien-être du sujet.
6. L'objectif essentiel de la recherche médicale sur des sujets humains doit être l'amélioration des méthodes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention, ainsi que la compréhension des causes et des mécanismes des maladies. Les méthodes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention, même les plus éprouvées, doivent constamment être remises en question par des recherches portant sur leur efficacité, leur efficience et leur accessibilité.
7. Dans la recherche médicale comme dans la pratique médicale courante, la mise en œuvre de la plupart des méthodes diagnostiques, thérapeutiques et de prévention expose à des risques et à des contraintes.
8. La recherche médicale est soumise à des normes éthiques qui visent à garantir le respect de tous les êtres humains et la protection de leur santé et de leurs droits. Certaines catégories de sujets sont plus vulnérables que d'autres et appellent une protection adaptée. Les besoins spécifiques des sujets défavorisés au plan économique comme au plan médical doivent être identifiés. Une attention particulière doit être portée aux personnes qui ne sont pas en mesure de donner ou de refuser elles-mêmes leur consentement, à celles qui sont susceptibles de donner leur consentement sous la contrainte, à celles qui ne bénéficieront pas personnellement de la recherche et à celles pour lesquelles la recherche est conduite au cours d'un traitement.
9. L'investigateur doit être attentif aux dispositions éthiques, légales et réglementaires applicables à la recherche sur les sujets humains dans son propre pays ainsi qu'aux règles internationales applicables. Aucune disposition nationale

d'ordre éthique, légal et réglementaire ne doit conduire à affaiblir ou supprimer les mesures protectrices énoncées dans la présente déclaration.

B. PRINCIPES FONDAMENTAUX APPLICABLES À TOUTE FORME DE RECHERCHÉ MÉDICALE

10. Dans la recherche médicale, le devoir du médecin est de protéger la vie, la santé, la dignité et l'intimité de la personne.
11. La recherche médicale sur des êtres humains doit se conformer aux principes scientifiques généralement reconnus. Elle doit se fonder sur une connaissance approfondie de la littérature scientifique et des autres sources pertinentes d'information ainsi que sur une expérimentation appropriée réalisée en laboratoire et, le cas échéant, sur l'animal.
12. Des précautions particulières doivent entourer les recherches pouvant porter atteinte à l'environnement et le bien-être des animaux utilisés au cours des recherches doit être préservé.
13. La conception et l'exécution de chaque phase de l'expérimentation sur des sujets humains doivent être clairement définies dans un protocole expérimental. Ce protocole doit être soumis pour examen, commentaires, avis et, le cas échéant, pour approbation, à un comité d'éthique mis en place à cet effet. Ce comité doit être indépendant du promoteur, de l'investigateur ou de toute autre forme d'influence induite. Il doit respecter les lois et règlements en vigueur dans le pays où s'effectuent les recherches. Il a le droit de suivre le déroulement des études en cours. L'investigateur a l'obligation de fournir au comité des informations sur le déroulement de l'étude portant en particulier sur la survenue d'événements indésirables d'une certaine gravité. L'investigateur doit également communiquer au comité, pour examen, les informations relatives au financement, aux promoteurs, à toute appartenance à une ou des institutions, aux éventuels conflits d'intérêts ainsi qu'aux moyens d'inciter des personnes à participer à une recherche.
14. Le protocole de la recherche doit contenir une déclaration sur les implications éthiques de cette recherche. Il doit préciser que les principes énoncés dans la présente déclaration sont respectés.
15. Les études sur l'être humain doivent être conduites par des personnes scientifiquement qualifiées et sous le contrôle d'un médecin compétent. La responsabilité à l'égard d'un sujet inclus dans une recherche doit toujours incomber à une personne médicalement qualifiée et non au sujet, même consentant.
16. Toute étude doit être précédée d'une évaluation soigneuse du rapport entre d'une part, les risques et les contraintes et d'autre part, les avantages prévisibles pour le sujet ou d'autres personnes. Cela n'empêche pas la participation à des recherches médicales de volontaires sains. Le plan de toutes les études doit être accessible.
17. Un médecin ne doit entreprendre une étude que s'il estime que les risques sont correctement évalués et qu'ils peuvent être contrôlés de manière satisfaisante. Il doit être mis un terme à la recherche si les risques se révèlent l'emporter sur les bénéfices escomptés ou si des preuves consistantes de résultats positifs et bénéfiques sont apportées.
18. Une étude ne peut être réalisée que si l'importance de l'objectif recherché prévaut sur les contraintes et les risques encourus par le sujet. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit d'un volontaire sain.
19. Une recherche médicale sur des êtres humains n'est légitime que si les populations au sein desquelles elle est menée ont des chances réelles de bénéficier des résultats obtenus.
20. Les sujets se prêtant à des recherches médicales doivent être des volontaires informés des modalités de leur participation au projet de recherche.
21. Le droit du sujet à la protection de son intégrité doit toujours être respecté. Toutes précautions doivent être prises pour respecter la vie privée du sujet, la confidentialité des données le concernant et limiter les répercussions de l'étude sur son équilibre physique et psychologique.
22. Lors de toute étude, la personne se prêtant à la recherche doit être informée de manière appropriée des objectifs, méthodes, financement, conflits d'intérêts éventuels, appartenance de l'investigateur à une ou des institutions, bénéfices attendus ainsi que des risques potentiels de l'étude et des contraintes qui pourraient en résulter pour elle. Le sujet doit être informé qu'il a la faculté de ne pas participer à l'étude et qu'il est libre de revenir à tout moment sur son consentement sans crainte de préjudice. Après s'être assuré de la bonne compréhension par le sujet de l'information donnée, le médecin doit obtenir son consentement libre et éclairé, de préférence par écrit. Lorsque le consentement ne peut être obtenu sous forme écrite, la procédure de recueil doit être formellement explicitée et reposer sur l'intervention de témoins.
23. Lorsqu'il sollicite le consentement éclairé d'une personne à un projet de recherche, l'investigateur doit être particulièrement prudent si le sujet se trouve vis-à-vis de lui dans une situation de dépendance ou est exposé à donner son consentement sous une forme de contrainte. Il est alors souhaitable que le consentement soit sollicité par un médecin bien informé de l'étude, mais n'y prenant pas part et non concerné par la relation sujet-investigateur.
24. Lorsque le sujet pressenti est juridiquement incapable, physiquement ou mentalement hors d'état de donner son consentement ou lorsqu'il s'agit d'un sujet mineur, l'investigateur doit obtenir le consentement éclairé du représentant légal en conformité avec le droit en vigueur. Ces personnes ne peuvent être incluses dans une étude que si celle-ci est indispensable à l'amélioration de la santé de la population à laquelle elles appartiennent et ne peut être réalisée sur des personnes aptes à donner un consentement.

25. Lorsque le sujet, bien que juridiquement incapable (un mineur par exemple), est cependant en mesure d'exprimer son accord à la participation à l'étude, l'investigateur doit obtenir que cet accord accompagne celui du représentant légal.
26. La recherche sur des personnes dont il est impossible d'obtenir le consentement éclairé, même sous forme de procuration ou d'expression préalable d'un accord, ne doit être conduite que si l'état physique ou mental qui fait obstacle à l'obtention de ce consentement est une des caractéristiques requises des sujets à inclure dans l'étude. Les raisons spécifiques d'inclure des sujets dans une étude en dépit de leur incapacité à donner un consentement éclairé doivent être exposées dans le protocole qui sera soumis au comité pour examen et approbation. Le protocole doit également préciser que le consentement du sujet ou de son représentant légal à maintenir sa participation à l'étude doit être obtenu le plus rapidement possible.
27. Les auteurs et les éditeurs de publications scientifiques ont des obligations d'ordre éthique. Lors de la publication des résultats d'une étude, les investigateurs doivent veiller à l'exactitude des résultats. Les résultats négatifs aussi bien que les résultats positifs doivent être publiés ou rendus accessibles. Le financement, l'appartenance à une ou des institutions et les éventuels conflits d'intérêts doivent être exposés dans les publications. Le compte-rendu d'une étude non conforme aux principes énoncés dans cette déclaration ne doit pas être accepté pour publication.

C. PRINCIPES APPLICABLES À LA RECHERCHE MÉDICALE CONDUITE AU COURS D'UN TRAITEMENT

28. Le médecin ne peut mener une recherche médicale au cours d'un traitement que dans la mesure où cette recherche est justifiée par un possible intérêt diagnostique, thérapeutique ou de prévention. Quand la recherche est associée à des soins médicaux, les patients se prêtant à la recherche doivent bénéficier de règles supplémentaires de protection.
29. Les avantages, les risques, les contraintes et l'efficacité d'une nouvelle méthode doivent être évalués par comparaison avec les meilleures méthodes diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention en usage. Cela n'exclut ni le recours au placebo ni l'absence d'intervention dans les études pour lesquelles il n'existe pas de méthode diagnostique, thérapeutique ou de prévention éprouvée.

*Afin de clarifier la position de l'AMM sur l'utilisation des essais avec témoins sous placebo, le Conseil de l'AMM a rédigé en octobre 2001 une note explicative, **que vous trouverez en bas de cette page.***

30. Tous les patients ayant participé à une étude doivent être assurés de bénéficier à son terme des moyens diagnostiques, thérapeutiques et de prévention dont l'étude aura montré la supériorité.
31. Le médecin doit donner au patient une information complète sur les aspects des soins qui sont liés à des dispositions particulières du protocole de recherche. Le refus d'un patient de participer à une étude ne devra en aucun cas porter atteinte aux relations que le médecin entretient avec ce patient.
32. Lorsqu'au cours d'un traitement, les méthodes établies de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique s'avèrent inexistantes ou insuffisamment efficaces, le médecin, avec le consentement éclairé du patient, doit pouvoir recourir à des méthodes non éprouvées ou nouvelles s'il juge que celles-ci offrent un espoir de sauver la vie, de rétablir la santé ou de soulager les souffrances du malade. Ces mesures doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet d'une recherche destinée à évaluer leur sécurité et leur efficacité. Toute nouvelle information sera consignée et, le cas échéant, publiée. Les autres recommandations appropriées énoncées dans la présente déclaration s'appliquent.

Note explicative concernant le paragraphe 29

L'AMM note avec préoccupation que le paragraphe 29 de la Déclaration d'Helsinki (octobre 2000) est l'objet d'interprétations diverses et de possibles malentendus. Elle réaffirme par ailleurs que les essais avec témoins sous placebo ne doivent être utilisés qu'avec de grandes précautions et, d'une façon générale, lorsqu'il n'existe pas de traitement éprouvé. Toutefois, même s'il existe un traitement éprouvé, les essais avec témoins sous placebo peuvent être éthiquement acceptables dans les conditions suivantes.

— lorsque, pour des raisons méthodologiques impérieuses et scientifiquement solides, il n'existe pas d'autres moyens qui permettent de déterminer l'efficacité ou l'innocuité d'une méthode prophylactique, diagnostique ou thérapeutique; ou

— lorsqu'une méthode prophylactique, diagnostique ou thérapeutique est mise à l'essai pour une affection bénigne et que la participation à l'essai n'expose pas à des risques supplémentaires de dommages significatifs ou durables.

Toutes les dispositions énoncées dans la déclaration d'Helsinki doivent être respectées, en particulier, la nécessité d'un examen éthique et scientifique approfondi.

ASPECTS ETHIQUES DE LA FIN DE VIE

« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits »

Article 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme

**« Ne sais-tu pas que la source de toutes les misères pour l'homme
ce n'est pas la mort, mais la crainte de la mort ? »**

Epictète (50 – 125 après J. C.)

La médecine moderne a permis des avancées et des victoires importantes réduisant certaines maladies autrefois rapidement mortelles à des maladies chroniques tels le cancer et le sida. Ces avancées ont certes prolongé l'espérance de vie, mais obligent aussi les malades à vivre une vie de souffrances tant les exigences du traitement peuvent être difficiles à supporter. En effet, après des luttes épuisantes, des rémissions et des rechutes, le malade doit un jour s'avouer vaincu et le médecin annoncera avec tristesse qu'il n'y a plus rien à faire.

Ceci nous amène à émettre une série de réflexions :

1. Que seront les derniers jours, les dernières semaines ou même les derniers mois de ces personnes épuisées par la lutte ?
2. Pourquoi une médecine si fière de ses réalisations en arrive-t-elle à faire souffrir autant les gens qu'elle prétend sauver ?
3. Pourquoi les laisse-t-elle dans un tel état ?
4. Y a-t-il des alternatives ?

Pour pouvoir remédier à ces problèmes, les professionnels de la santé se doivent de réduire les souffrances du malade et de sa famille. Certaines alternatives existent tels les soins palliatifs d'autres sont pratiquées dans certaines contrées et imposent de multiples réflexions ou entraînent une indignation telles l'euthanasie et l'aide au suicide.

1. LA FIN DE VIE

Docteur, je sens que ma fin est proche !

Interrogation souvent posée par des malades en fin de vie et pour laquelle la science n'a pas toujours de réponse exacte. Ceci nous amène à nous poser deux questions :

A. LE MÉDECIN PEUT-IL FACILEMENT POSER LE DIAGNOSTIC D'UN MALADE EN FIN DE VIE ?

La réponse à cette question n'est pas facile puisqu'elle réclame de la part du professionnel de la santé l'acquisition aussi bien d'une compétence médicale que d'une grande expérience. En effet, si cette imminence de la mort est facilement reconnue devant la constatation d'une altération irréversible d'une fonction vitale ou devant l'évolution inexorable d'une maladie fatale malgré les traitements mis en œuvre ; ce diagnostic n'est pas toujours exact et les erreurs ne sont pas rares. Pour preuve les malades qui ont séjourné en unité de soins intensifs, qui sont sortis et sont toujours en vie. Le médecin se heurte ainsi devant une notion qu'il ne peut le plus souvent pas maîtriser : la durée de la vie qui reste à vivre pour le malade en fin de vie.

B. LA FIN DE VIE EST-ELLE AUSSI RESENTIE PAR LE MALADE ?

Pour défendre cette théorie nous dirons que qui mieux que le malade peut sentir les changements dans son corps. Pourtant, là encore les malades peuvent se tromper sur leur propre compte. De plus ce ressenti est loin d'être permanent chez un même malade. Ils sont avant tout des vivants et bien qu'ils sentent leur fin prochaine cela ne les empêche pas d'être toujours animés d'une soif de vivre encore, dans un paradoxe vie mort qui peut apparaître surprenante et dérouter celui qui évalue la situation.

2. LES SOINS PALLIATIFS

Un remède palliatif est celui qui soulage un mal pour un certain temps sans le guérir.

Ce remède palliatif est sans aucun doute destiné à une personne dont la maladie ne répond plus à aucun traitement curatif, soit donc à une personne humaine en fin de vie. Personne seule ou accompagnée par ses parents, tous en période de souffrance, qui attendent inéluctablement la mort. C'est sur cette souffrance ou douleur que les soins palliatifs se sont ancrés. En effet, il n'est point éthique d'envisager de laisser souffrir un malade.

Il s'agit là d'un principe éthique universellement reconnu et imposé par la majorité des législateurs. Nous pouvons citer pour exemple un extrait de la loi française du 4 mars 2002 (loi KOUCHNER) qui précise que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.* »

Partant de ce concept de soulagement de la douleur les soins palliatifs sont passés par 2 étapes :

Durant les années 80, les soins palliatifs étaient davantage synonymes d'accompagnement de la personne en phase terminale de la maladie. Ce n'est qu'à partir des années 90, que les soins palliatifs sont devenus un accompagnement pour une meilleure qualité de vie, ils se situent donc du côté de la vie, vers une continuité des soins. La priorité des soins palliatifs est donc devenue la qualité de vie.

En l'absence de définition tunisienne des soins palliatifs nous avons choisi celle proposée par la Société française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle. Prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques et la souffrance psychologique, morale et spirituelle devient primordial. Les soins palliatifs et accompagnements considèrent le malade comme un vivant et la mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. »

Cette définition insiste donc davantage sur le fait que les soins palliatifs ne soient ni lieu institué pour mourir, ni un arrêt des soins. Ils sont des soins dont la priorité n'est plus la guérison, mais le confort du patient.

Le premier principe des soins palliatifs est son approche globale de la personne humaine. En effet, les soins palliatifs constituent une prise en charge de la personne dans sa maladie, mais aussi dans son vécu psychologique, dans son environnement familial, et son questionnement spirituel. Autrement dit : les soins palliatifs ont pour objectif de soulager le malade de ses douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte sa souffrance psychologique et spirituelle. Ils visent à contrôler la douleur et les autres symptômes d'inconfort tout en essayant de préserver la vigilance et la capacité de relation du malade avec l'entourage. Ils assurent la nutrition et l'hydratation du malade de façon adaptée à la fin de vie en évitant les manœuvres instrumentales inutiles. Ils garantissent une prise en charge de qualité (confort et réconfort) et s'efforcent de maintenir la communication avec le malade en lui apportant un soutien relationnel adéquat. Ils sont aussi bien en institution qu'au domicile du malade (Cas de la France). Cette action ne s'arrête pas après le décès et se poursuit par un soutien auprès de la famille dans un but de prévenir les complications somatiques et psychologiques du deuil. Ainsi, les soins palliatifs permettent au processus naturel de fin de vie de se dérouler dans les meilleures conditions, tant pour le malade lui-même que pour son entourage familial et institutionnel.

Deuxième principe essentiel de la philosophie des soins palliatifs est de rendre la conception de la mort comme un phénomène normal, qui appartient à la vie, et qui ne doit être ni hâtée, ni retardée. De ce fait, cette conception prévient l'instrumentalisation de l'agonie, l'acharnement thérapeutique, et bien sûr l'euthanasie.

3. L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE

D'après le dictionnaire Larousse, l'acharnement traduit : Obstination, entêtement, aveuglement, ténacité, férocité, animosité...

L'acharnement thérapeutique a été défini comme une attitude qui consiste à « poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait comme objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration de l'état du malade.

Selon le comité consultatif national d'éthique français (CCNE), elles témoignent « d'une obstination déraisonnable, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable ».

Cette obstination déraisonnable a été bien décrite dans l'article 37 du code de déontologie médicale Français « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.* »

L'abstention de toute obstination déraisonnable pose problème lorsque le médecin se trouve obligé d'appliquer un traitement, à une personne en phase terminale d'une affection grave et incurable, dont l'effet indésirable risque de lui abrégé la vie. On parle alors de **double effet** :

Il s'agit d'une notion ancienne qui a été évoquée depuis plus d'un siècle (1882) par le Dr Amédée DECHAMBRE et dont voici la réflexion : « *Un précepte, donc à suivre scrupuleusement, est de ne jamais abandonner un malade même en état de mort imminente et de tout mettre en œuvre pour relever les forces, et soulager les souffrances. Quand celles-ci sont très violentes, le praticien se trouve souvent en présence d'un grave embarras : celui de ne pouvoir les soulager qu'en risquant d'abrégé l'existence. Pour moi je n'hésite pas à lui reconnaître le droit d'adopter ce dernier parti pris. Certes si le remède devait tuer nécessairement. On devrait s'en abstenir à tout prix; mais la simple possibilité de hâter de quelques instants la fin d'un malheureux ne doit pas être mise en balance avec la certitude d'adoucir ses derniers moments.* »

La notion de double effet a aussi été précisée dans le code de déontologie français. En effet, le respect de cette notion nécessite le recueil du consentement de la personne après une information correcte. Par ailleurs, d'autres conditions peuvent intervenir dans le cas où la personne est inconsciente rendant impossible le recueil du consentement donc le respect de la volonté du patient. Toutes ces notions sont bien précisées par le code de déontologie français.

En résumé, chaque citoyen a le droit fondamental de refuser un traitement inutile et/ou dépourvu de sens. Ainsi, le malade qu'il soit en fin de vie, ou qu'il soit maintenu en vie artificiellement par un artifice technique, est capable après information de décider pour lui-même, pour arrêter tout traitement, y compris ceux qui, le cas échéant, le maintiennent en vie. Les médecins ont l'obligation de se conformer à cette décision. Lorsque le malade n'est pas en capacité de décider pour lui-même le médecin doit lui éviter tout ce qui peut apparaître comme de l'acharnement thérapeutique (ou obstination déraisonnable). Il doit pour cela s'appuyer sur les indications laissées par le patient lui-même (avant son incapacité) notamment au travers des directives anticipées et de la désignation d'une personne de confiance, ainsi que sur l'avis de la famille et des proches.

Avant de clore le volet de l'acharnement thérapeutique, il est indispensable de rappeler les limites qui existent entre le non-acharnement thérapeutique et l'euthanasie. En effet l'absence d'acharnement thérapeutique peut être considéré à la limite comme une non-assistance à personne en péril voir à un degré plus important à une euthanasie toutes les deux sanctionnées pénalement en Tunisie.

4. EUTHANASIE

Notion débattue depuis plus d'un siècle puisqu'en octobre 1903, l'assemblée générale des médecins de l'état de New York avait mis à l'ordre du jour la question de l'attitude à adopter face aux incurables et une majorité se prononça même pour un droit à l'euthanasie.

Si le mort a une étymologie grecque « bonne mort », cette antiquité ne doit pas faire illusion. En effet, c'est Bacon, un médecin anglais qui l'emploie pour la première fois en 1663 en invoquant le rôle positif que les médecins pourraient jouer dans la fin de leurs semblables.

Plusieurs définitions assez proches ont vu le jour au début du 20^e siècle.

C'est la mort, provoquée délibérément, d'une personne gravement malade qui demande ou non à être « délivrée ».

C'est l'action de donner délibérément la mort à un malade, à sa demande, afin de soulager des souffrances jugées insupportables.

L'euthanasie en France a été définie par la loi du 16 mars 2009 comme l'acte médical par lequel un médecin met intentionnellement fin à la vie d'une autre personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.

Nous remarquons ici que le législateur français a tenu à préciser que l'acte d'euthanasie ne peut être commis que par le médecin, faute duquel on parlera d'homicide volontaire avec préméditation dont la peine est plus grave comme c'est le cas en Tunisie.

2 catégories d'euthanasie sont décrites :

- L'euthanasie est dite « passive » lorsqu'on laisse mourir une personne en arrêtant des mesures de réanimation ou d'alimentation indispensables à sa survie ou le traitement de la maladie fatale.
- L'euthanasie est dite « active » lorsque l'on provoque son décès par un geste fatal. Cette mort induite ou provoquée est généralement le fait d'un soignant, médecin ou infirmière, ou d'un proche.

L'euthanasie a deux sens principaux selon qu'elle est vue par un bien portant ou par un malade.

Pour les bien-portants, elle répond à un principe, celui de pouvoir choisir sa mort, à la manière d'un suicide d'un brave, pour échapper en particulier à un acharnement thérapeutique et éviter des indignités, des douleurs intenses et des souffrances prolongées.

Pour les malades, son évocation traduit le plus souvent un appel au secours face à des souffrances et un désespoir insupportables : le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement fait disparaître presque totalement de telles demandes si le soulagement possible, physique et moral, est effectivement apporté.

5. ASSISTANCE AU SUICIDE

Elle consiste à aider une autre personne à se suicider, notamment en lui procurant les moyens nécessaires à cet effet. Certaines associations dans le monde se chargent d'aider les gens à mourir. L'exemple de l'association Dignitas, installée près de Zurich, fournit des potions mortelles à ceux qui veulent en finir. Quinze grammes de pentobarbital, un puissant barbiturique, qui plonge le patient dans un coma profond et le fait passer de vie à trépas en moins d'une demi-heure. Et tout cela est parfaitement légal.

La Suisse fait partie des rares pays au monde où l'aide au suicide n'est pas interdite. Quatre associations en ont fait leur mission parmi lesquelles seule Dignitas accepte massivement les étrangers. L'acte se fait dans un petit appartement en location, sur un lit sommaire, que les candidats au suicide viennent s'allonger et avaler le barbiturique fatal, dilué dans un peu d'eau. Sous le regard bleu acier et le chignon austère d'Erika Lulley, infirmière à la retraite, reconvertie dans l'accompagnement des suicides, qui ne se rappelle même plus combien elle a vu de gens « partir » de cette façon. « La mort est très digne, affirme-t-elle. Nos patients peuvent dire adieu aux proches qui les entourent. Ils se réjouissent d'en finir. »

Au terme de ces 2 derniers chapitres, il importe de bien pouvoir faire la différence entre l'aide au suicide et l'euthanasie.

Contrairement à l'euthanasie, l'aide au suicide confère un plus grand contrôle à la personne qui désire mourir :

- Avec l'euthanasie, quelqu'un met délibérément un terme à la vie d'un patient qui l'a demandé. Avec l'aide au suicide, quelqu'un fournit délibérément les moyens de se suicider à un patient qui l'a demandé. Dans ce contexte, on considère généralement que ce quelqu'un est le médecin.
- Dans le cas de l'aide au suicide, c'est le patient qui pose l'acte ultime, et la participation du médecin est indirecte. En revanche, dans le cas de l'euthanasie, le médecin fournit les moyens et commet l'acte ultime, ce qui amplifie considérablement son pouvoir envers le patient. L'équilibre du pouvoir entre le médecin et le patient est mieux assuré dans le cas de l'aide au suicide.

6. LÉGISLATION DE L'EUTHANASIE

6.1 EN DROIT TUNISIEN :

Le Code pénal tunisien n'a pas retenu l'infraction spéciale d'euthanasie qui reste assimilée sur le plan pénal à un homicide intentionnel avec préméditation (assassinat).

Au terme de **l'article 201 du CPT** : « **est puni de mort celui qui commet volontairement et avec préméditation un homicide par quelque moyen que ce soit** », « **La préméditation consiste dans le dessin, formé avant l'action, d'attentat à la personne d'autrui** »

Ce crime d'homicide intentionnel est donc le fait pour un être humain de tuer volontairement un autre être humain

Il ne pourra être constitué qu'à partir de l'instant où deux éléments sont réunis :

- Un élément matériel : la suppression de la vie d'un être humain.
- Un élément moral : la volonté de tuer.

Le mobile est indifférent à la constitution de l'infraction.

6-1-1 -L'ÉLÉMENT MATÉRIEL :

C'est le fait de tuer une personne humaine. L'acte commis par le meurtrier doit être de nature à causer la mort et il doit exister un lien de causalité entre cet acte et le décès.

En cas d'euthanasie active : il s'agit d'un acte positif destiné à provoquer la mort (exemple : injection d'un produit toxique ou administration d'un médicament à dose mortelle).

En cas d'euthanasie passive : il s'agit d'un acte négatif qui aboutit à la mort du malade. (Exemple : arrêt de la perfusion, arrêt des moyens de réanimation, non-administration des médicaments nécessaires pour maintenir en vie un sujet).

6-1-2 -L'ÉLÉMENT INTENTIONNEL :

La loi pénale exige en matière de meurtre que l'auteur de l'infraction ait eu l'intention de donner la mort.

La simple résolution criminelle n'est pas suffisante. L'intention criminelle est la volonté tendue à dessein vers un but interdit par la loi pénale.

Lorsque cette intention fait défaut, des poursuites sont possibles sur la base des articles 205 et 208 du CPT; La preuve de l'intention appartient au ministère public, mais la présomption de l'intention criminelle résulte le plus souvent de l'interprétation des faits eux-mêmes. Elle ne se confond pas avec l'intention de nuire, la préméditation ou le mobile.

Il est admis que le consentement de la victime ne peut justifier le meurtre que représente l'euthanasie.

Le suicide en tant que tel n'est pas punissable en droit tunisien, pas plus que sa tentative, cependant l'aide au suicide est puni selon l'article 206 du CPT de 5 ans d'emprisonnement.

Le droit tunisien a connu en 1972 une Affaire d'euthanasie. C'est le cas d'une fille de 18 ans, élève qui a provoqué la mort de son frère de 2 ans et demi en le précipitant dans un puits. Cet enfant était atteint d'une paralysie générale incurable. Cette fille a avoué commettre ces faits par pitié et châtement à fin de mettre fin aux souffrances vécues par son frère et par ses parents. Elle a été condamnée à 5 ans d'emprisonnement par application de l'article 205 du Code pénal tunisien et en la faisant bénéficier des circonstances atténuantes prévues par l'article 53 du Code pénal. Les juges ont estimé que la préméditation, élément indispensable pour la qualification de crime intentionnel manque dans cette affaire.

6-2- EN DROIT COMPARÉ :

Le 27 février 2006, le juge d'instruction du tribunal de grande instance de Boulogne-sur-Mer a rendu une ordonnance de non-lieu (n°03012089) à l'encontre de la mère du jeune HUMBERT ainsi que du médecin, chef du service de réanimation, qui avait été mis en cause à raison du décès de Vincent HUMBERT. Dans l'affaire HUMBERT, il ne s'agissait pas d'euthanasie passive, mais bien d'euthanasie active puisqu'à la fois la mère et le médecin ne s'étaient pas contentés de mettre un terme à des soins thérapeutiques, mais ils avaient injecté des produits mortels. La mère du jeune HUMBERT avait clairement clamé son insatisfaction des textes en vigueur qui permettaient de laisser mourir son fils de faim sans abrégé sa vie.

Chantal SEBIRE est décédée le 19 mars 2008 d'une maladie incurable, douloureuse et invalidante après avoir demandé le droit de mourir dans la dignité, en vain.

L'euthanasie active a été dépénalisée puis légalisée aux Pays-Bas puis en Belgique, moyennant des procédures complexes qui ne sont pas toujours respectées. Au PAYS BAS, la réforme adoptée en décembre 1993 et entrée en vigueur le 1^{er} juin 1994 confirme une pratique en vigueur depuis le début des années 1990. En effet, les médecins qui pratiquaient une euthanasie ou qui aidaient un patient à se suicider n'étaient pas poursuivis dans la mesure où ils respectaient certains critères. Chacun des critères devait être respecté :

- situation médicale désespérée, sans que le malade se trouve nécessairement en phase terminale;
- souffrance intolérable;
- absence d'autre solution;
- décision libre et consciente du malade;
- demande réitérée;
- consultation d'un autre médecin confirmant le fondement de l'euthanasie;
- information de la famille et du personnel paramédical.

Sa légalisation a été tentée sans succès dans plusieurs États des États-Unis par des votes populaires jusqu'à un premier vote positif en Oregon en 1994, qui concerne plutôt le « suicide médicalement assisté ».

7. CONCLUSION

Le développement des soins palliatifs a permis de faire des pas de géant dans le contrôle de la douleur, cette douleur peut être causée tant par l'évolution naturelle de la maladie que par les extraordinaires efforts de la médecine de prolonger la vie des malades. La maîtrise de cette douleur n'est cependant pas totale, en effet, l'expérience des soins palliatifs fait souvent naître une situation paradoxale : la réussite du contrôle adéquat de la douleur place le patient devant sa souffrance, celle même de supporter une maladie incurable dont la seule issue est la mort. Ainsi, un contrôle excessif de cette douleur sans souci d'adoucir la souffrance amène ces patients incurables à vivre un état que plusieurs considèrent indigne d'un être humain. Une nouvelle série de questions s'imposent alors :

- Qu'en est-il de tous ces enfants et ces majeurs inaptes dont la souffrance est immense ?
- Quel est le devoir d'une société face à cette situation ?
- Comment aider la personne souffrante à sortir de l'impasse dans laquelle elle est enfermée ?
- Faut-il décriminaliser l'aide au suicide ?

LE CONFLIT D'INTERET

Les objectifs éducationnels

Au terme de son enseignement, l'étudiant devra être capable de:

- 1/ Définir un conflit d'intérêt.
- 2/ Reconnaître une situation réelle de conflit d'intérêt.
- 3/ Citer les conséquences et risques d'un conflit d'intérêt.
- 4/ Proposer des moyens de lutte contre les conflits d'intérêt.

I. INTRODUCTION

De nos jours, la médecine se pratique dans un environnement commercial, et comme tout autre système économico-financier, le monde de la santé est sous l'emprise des grands lobbys financiers. Les conflits d'intérêts y sont fréquents et touchent tous les acteurs du système de santé.

Les sociétés savantes tendent actuellement, y compris en Tunisie, à analyser et prévenir toutes les situations de conflit d'intérêt dans l'exercice de la profession médicale mais beaucoup de progrès restent encore à faire.

II. CONTEXTE HISTORIQUE :

Depuis une vingtaine d'années, les techniques thérapeutiques et dispositifs médicaux ont réalisé des progrès considérables, suscitant parfois des interrogations, des inquiétudes, voire des suspicions quant à leur pertinence, leurs réels avantages pour la santé et leurs coûts économiques sur la collectivité.

Dans ce marché lucratif, le conflit d'intérêt trouve sa place mais n'est souvent visible qu'en situation de catastrophe sanitaire, de contentieux ou de gâchis économique.

On citera l'exemple des médicaments Distilbène (1977), Isoméride (1997), Vioxx (2000), Médiator (2012), le scandale du sang contaminé (1990) et bien d'autres.

Toutes ces situations de conflits d'intérêt ont causé d'importants préjudices (sanitaires et économiques) et seraient restées inconnues, s'il n'y avait eu ces drames de santé publique.

C'est donc une mise en lumière souvent catastrophique, qui dévoile les conflits d'intérêt en médecine, d'où la nécessité de leur diagnostic et de leur prévention.

III. DEFINITIONS :

1. LE CONFLIT D'INTERÊT :

Le conflit d'intérêt est une notion à la fois subjective et objective. Il est imprécis, ambigu, difficile à cerner mais omniprésent dans la vie réelle.

On définit deux types d'intérêt :

- Intérêt Primaire ou général : c'est l'intérêt du patient, de la recherche, de l'évaluation scientifique, de la formation médicale.
- Intérêt Secondaire ou particulier : il s'agit d'avantages qui servent l'intérêt du professionnel ou celui d'un tiers.

On dit qu'il y a conflit d'intérêt quand les intérêts Primaires et Secondaires sont en conflit, ou divergents.

Le conflit d'intérêt naît d'une situation dans laquelle un professionnel, a un intérêt personnel de nature à influencer sur l'exercice impartial et objectif de ses fonctions officielles.

Le conflit d'intérêt est donc une situation dans laquelle une personne, ayant une mission issue d'une compétence ou d'un pouvoir, sacrifie l'intérêt général, au profit d'un intérêt particulier.

Cette situation de conflit d'intérêt est susceptible d'influer négativement sur les valeurs éthiques qui doivent prévaloir chez le professionnel de la santé lors de l'exercice de ses fonctions. Les valeurs éthiques du professionnel, qui sont atteintes lors du conflit d'intérêt sont :

- l'impartialité
- l'objectivité
- l'indépendance de jugement
- la loyauté.

2. LES LIENS D'INTÉRÊTS

Les conflits d'intérêt naissent des Liens d'intérêt. Les liens d'intérêts sont des « relations humaines » susceptibles d'exposer le professionnel à une situation de conflit. Ces liens d'intérêt sont susceptibles de faire accéder le professionnel, à des avantages, directs ou indirects. Il y a donc liens d'intérêts lorsqu'un médecin reçoit salaires, rémunérations, honoraires ou rétributions, de la part de firmes pharmaceutiques ou plus généralement de toute autre entreprise lucrative.

L'existence de liens d'intérêt chez un médecin pourrait entacher le caractère objectif et indépendant de sa fonction.

IV. CARACTERISRIQUES DU CONFLIT D'INTERET :

Le conflit d'intérêt prend des aspects différents selon les situations, il peut être:

- Réel / potentiel / apparent,
- Direct (concerne l'intéressé seul) ou indirect (ses proches)
- Matériel (économique, financier) ou immatériel (professionnel, politique, idéologique, confessionnel ou sexuel).
- Passé / présent / futur.

V. EXEMPLES DE CONFLITS D'INTERET :

Plusieurs situations posent des problèmes de conflit d'intérêt. Nous en citons quelques exemples mais cette énumération n'est pas exhaustive.

1. LA SURMÉDICALISATION

On assiste actuellement à une surmédicalisation de nos sociétés avec une politique de « sur-diagnostic » qui multiplie les explorations et les actes souvent inutiles mais facturés.

Le «sur-diagnostic» et le dépistage abusif sont de pratique courante et ne sont pas forcément dans l'intérêt du malade mais dans celui des firmes pharmaceutiques et plus généralement de toutes les entreprises de santé.

2. RECHERCHE ET FORMATION MÉDICALE CONTINUE :

Les firmes pharmaceutiques et autres opérateurs économiques financent- souvent à forte proportion- la recherche, l'enseignement postuniversitaire, la formation médicale continue, les travaux et études scientifiques ainsi que les revues médicales.

En effet, il a été déjà rapporté la « non-publication » de mauvais résultats d'une étude qui ne conviennent pas aux intérêts des laboratoires ou firmes qui financent l'étude.

On est de ce fait, en droit de douter de la fiabilité des résultats scientifiques publiés et du degré d'indépendance des protagonistes.

3. PRESCRIPTIONS MÉDICALES.

Le médecin est susceptible d'être (consciemment ou pas) sous l'emprise de l'industrie pharmaceutique par le biais des visiteurs médicaux, des séminaires, des cours ou des formations continues sponsorisés. Les médecins risquent de ce fait d'avoir des choix dirigés, voire une attitude complaisante lors de leurs prescriptions.

Les médecins sont rarement conscients de ces influences, elles sont volontairement banalisées (petits cadeaux en tous genres, organisation de buffets..) mais leur impact sur le comportement ultérieur du prescripteur est notoire.

pour son compte ou pour celui de son employeur.

VI. ANALYSE DU CONFLIT

1. ANALYSE DÉONTOLOGIQUE ET ÉTHIQUE :

Dans le domaine de la santé, les professionnels sont consultés afin d'obtenir des conseils honnêtes et désintéressés. Le patient qui consulte, place sa confiance dans le jugement du praticien, qui lui offre ses meilleurs soins en échange d'une juste rémunération. Compte tenu de ce rôle privilégié, le professionnel de santé a un devoir de loyauté envers ses patients.

L'existence d'un conflit risque de modifier les choix et décisions du médecin et le patient- de par sa vulnérabilité- n'est pas en mesure de réfuter ses choix. Cette situation rompt le contrat de confiance qui existe entre le patient et son médecin, ce qui peut être qualifié d'abus de confiance.

Par ailleurs, cette situation de conflit expose le médecin au risque de complaisance et le met en position de manquement à ses valeurs éthiques d'intégrité et de loyauté envers le patient, qui perd lui-même confiance en le système général de soin.

2. ANALYSE JURIDIQUE :

Il n'existe pas de textes normatifs concernant le conflit. Ce vide juridique explique en parties la survenue des dernières catastrophes sanitaires.

Le droit international n'est pas univoque. Dans certains pays, le conflit d'intérêts n'est pas condamnable. Les seuls délits reconnus consistent en la prise illégale d'intérêts, le délit de favoritisme ou la corruption. En d'autres termes, il faut avoir consommé pour être condamnable.

En revanche, dans de nombreux pays développés, le simple fait de se trouver en position de conflit (avoir des liens d'intérêt non déclarés) est un délit condamnable pénalement ou administrativement. Ainsi, le conflit d'intérêt est jugé à partir d'une intention et sanctionné, sans attendre la survenue de ses conséquences.

3. ANALYSE ÉCONOMIQUE

Depuis quelques années, l'innovation thérapeutique est en panne et les médicaments actuels ne sont souvent que des copies sans intérêt, de molécules plus anciennes et chères. Pour pouvoir vendre de tels produits, les firmes pharmaceutiques (dont le pouvoir politique est considérable) commercialisent ces médicaments à prix d'or. Ils augmentent pour cela leurs dépenses promotionnelles (qui représentent jusqu'à 20 % du chiffre d'affaire) et diminuent le budget alloué à la recherche et au développement. Ceci diminue le pouvoir d'achat et l'accessibilité aux soins de la population et n'améliore pas la qualité et l'état général de santé.

VII. MECANISMES DE FONCTIONNEMENT DU CONFLIT D'INTERET

1. ACTION ET STRATEGIES:

La stratégie globale d'influence du complexe médico-industriel ou de tout autre groupe de pression (industries pharmaceutiques) comporte deux volets : le lobbying et la création de conflits d'intérêts à proprement parler.

Le lobbying : C'est une activité qui consiste à agir auprès des responsables politiques pour obtenir une attitude favorable à un groupe d'intérêt et ce, dans un objectif exclusivement économique. Cet espace échappe totalement aux échanges codifiés et contrôlables. Ils sont sources de conflit d'intérêt.

2. MOYENS D'ACTION :

Différents moyens sont utilisés par les grandes firmes de l'industrie du médicament pour orienter et manipuler l'opinion des professionnels. Ces moyens de pressions se font par le biais de carnet d'adresses, de la maîtrise des réseaux par des procédés d'infiltration et d'influence et surtout de financements.

Tous, exerçant de grandes pressions et de petits arrangements, tout cela restant bien sûr difficiles à démontrer.

Parfois, des «actions média» sont menées à l'attention des patients qui représentent eux aussi une cible directe puisqu'ils sont le dernier maillon de la chaîne à consommer.

Ces actions (campagnes de sensibilisation, publicité des médicaments) sont souvent des duperies collectives et mènent à une «médicalisation» excessive de la société et à un façonnage des « tendances thérapeutiques ».

3. ACTEURS :

- Le lobby : c'est un « groupe de pression » influant et puissant. Il peut s'agir des firmes pharmaceutiques, ou de tout autre intermédiaire ou organisme d'influence susceptible d'orienter les choix ou guider les prescriptions médicales.

Les lobbys agissent par l'intermédiaire d'un leader d'opinion.

- Les Leaders d'opinion: ce sont des experts référents qui ont des Qualités objectives et subjectives leur permettent d'avoir

de l'influence et un pouvoir persuasif auprès de l'auditoire. Le leader d'opinion est un acteur déterminant d'une stratégie globale de marketing et de communication. Il est susceptible d'influencer les opinions et/ou les actions.

Ces leaders, sont généralement des experts référents pour les médecins. Il s'agit de Professeurs des Universités, de chercheurs ou de praticiens hospitaliers qui influencent des milliers de prescripteurs à travers les communications de leurs recherches (souvent sponsorisées), leurs conférences, leurs publications, leur participation à des comités de rédaction de grands journaux scientifiques et de leurs interventions dans les sociétés savantes.

VIII. CONSEQUENCES :

Les conséquences des conflits d'intérêt sont perceptibles à différents niveaux :

- **Risques pour la santé:** les abus de prescription ou de soin ont un risque inévitable d'iatrogénie avec une balance bénéfices-risques souvent défavorable.
- **Coût économique pour la société:** Les soins et hospitalisations abusifs ont un coût économique élevé, tout comme le remboursement de médicaments et soins inutiles qui aggrave le déficit des assurances et dégrade l'état de santé général de la population,
- **Risque de dépendance** du malade à une information biaisée dont il ignore les fondements réels.
- **distorsions de la pratique médicale:** Les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) et autres « guidelines » émis par les organismes sanitaires (la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)) ne se basent pas toujours sur les meilleures données scientifiques et ne répondent pas toujours à l'exigence et la rigueur scientifique! Pourtant le statut juridique ainsi que la charte de ces organismes sanitaires institutionnalise l'indépendance à l'égard des industries pharmaceutiques.

Cette « médecine sous influence » représente un danger pour les individus, la société et la profession.

IX. STRATEGIE DE PREVENTION ET MOYENS DE LUTTE:

La législation actuelle est essentiellement répressive alors que le volet préventif (information et sensibilisation) est encore trop peu développé, bien qu'une sensibilisation de l'opinion publique soit présente depuis les scandales médico-commerciaux de ces 30 dernières années.

La prévention se conçoit par :

1 - L'ÉDUCATION :

C'est l'apprentissage précoce du respect de l'éthique (indépendance et loyauté), apprendre à reconnaître les situations de conflit, refuser les cadeaux, avoir une attitude scientifique critique.

2 - L'INTÉGRITÉ MORALE:

elle comprend l'indépendance et la loyauté.

L'Indépendance : c'est l'autonomie de décision et d'action. C'est le fait qu'une personne ne soit pas soumise à un intérêt tiers.

La Loyauté : fidélité aux engagements, à l'honneur, à la probité.

3 - LA DÉCLARATION:

La Déclaration publique des liens et conflits d'intérêts est un devoir de transparence. Autrement dit, quelle que soit la situation, aucun lien ou conflit d'intérêt ne peut rester secret ; il doit être révélé, révélation qui permet, en outre, sa régulation. C'est une forme de confiance dans l'information. Il convient cependant que l'idéal est d'éviter au maximum l'existence même de ces liens et conflits d'intérêts.

4 – LA MÉDIATION:

Les hautes instances de santé qui participent aux procédures de décision ou de recommandations, se doivent d'être indépendantes et impartiales. Aucun intérêt direct ou indirect n'y est donc autorisé. En situation de conflit, la médiation devient essentielle.

La médiation se fait à travers des organismes intermédiaires composés de groupes d'experts et régis par des règles de déontologie interne, et qui garantissent, de par leur neutralité et leur indépendance, la réalité et la justesse des résultats.

5. LE DROIT :

Certaines réglementations sont entrées en vigueur ces dernières années telle l'interdiction de certifications de complaisance, l'interdiction de cumul soin/recherche par le même praticien, l'obligation de déclaration de financement. Autant de mesures encourageant à la probité. Mais la loyauté du médecin ne pourra jamais être réduite à un texte juridique. L'essentiel est d'instaurer des valeurs d'intégrité morale et de conscience individuelle au cours de l'apprentissage et l'exercice de la fonction.

CONCLUSION

Les liens entre médecins, chercheurs et industries de la santé sont nombreux et inévitables. Souvent bénéfiques pour les progrès technologiques en médecine, ils peuvent cependant avoir des aspirations bien plus mercantiles.

Pourtant, médecins, chercheurs ainsi que hautes instances médicales, sont des socles scientifiques. Ils ont obligation d'intégrité et d'indépendance de toute influence commerciale.

Pour lever l'opacité et bannir les conflits d'intérêts qui risqueraient de mener encore vers de nouveaux drames sanitaires, il apparaît nécessaire que des règles soient élaborées.

Ceci requiert l'impartialité, l'objectivité et la probité des membres du gouvernement et des personnes exerçant les plus hautes responsabilités publiques dans le milieu de la santé et de l'industrie du médicament.

REFERENCES

1. LES CONFLITS D'INTERETS EN SANTE:
http://www.comiteethique.rns.tn/ethique/actualite/conf25_2010.pdf
2. LOI ANTI-CADEAUX ET TRANSPARENCE : où en est-on? N°84- JUILLET 2014
3. Conseil de l'Europe en 2000, Organisation de Coopération et de Développement Economique en 2004
4. DEFINIR, PREVENIR ET SANCTIONNER LE CONFLIT D'INTERETS. Catherine piché (2013) 47 RJTUM 497-534
5. CONDITIONS D'EMERGENCE DES CONFLITS D'INTERET DANS LE CHAMPS UNIVERSITAIRE. Y. Gingras 2010
6. MEDECINE ET CONFLITS D'INTERETS, Josette lantaigneparu dans «le nouveau contrat médical», magazine l'agora, vol VIII, no 1 (nov.-Déc. 2000).Source: marc A. Rodwin, medicine, money and morals. Physicians' conflicts of interest, oxford university press, 1993, introduction, chap. 1 et 8.
7. LES GUIDES DE PRATIQUE ET LES CONFLITS D'INTERETS. november22, 2005 vol173 no. 11

ANNEXES

ANNEXE 1

1. Réflexions à propos du conflit d'intérêt:

-Faculté de Médecine de Tunis: notre faculté a établi la déclaration obligatoire de tout lien ou conflit d'intérêt.

2. Pour prévenir et lutter contre les situations de conflit :

- Charte de « non merci » : refuser toute prise d'intérêts directs et/ou avantages en nature, dons et/ou subventions (Un petit cadeau ou une simple invitation créent un lien d'autant plus pervers qu'il paraît anodin).
- adopter une attitude critique vis-à-vis de l'information promotionnelle des firmes.
- consulter des sources d'information indépendantes (information comparative.)
- opter pour des formations professionnelles indépendantes.
- diffuser aux patients des informations justes pour un consentement éclairé.
- Les liens d'intérêt intellectuels et affectifs génèrent autant de conflits d'intérêt que les liens financiers.
- Les liens multiples ne s'annulent pas, ils s'additionnent.
- En cas de conflit: l'inconscient et l'inconscience sont plus souvent en cause que la malhonnêteté.
- Ceux qui ne croient pas à l'inconscient sont souvent les plus influençables et les plus influencés.
- Ceux qui croient qu'ils n'ont aucun conflit se trompent.

ANNEXE 2

Extraits du serment d'Hippocrate réactualisé. Bulletin de l'Ordre des Médecins, 1996.

L'extrait du serment d'Hippocrate réactualisé (Bulletin de l'Ordre des Médecins n°4, avril 1996) stipule pourtant : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.» «Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. »

« J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.»

« Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. »

EVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 : Donner une définition du conflit d'intérêts.

Question n° 2 : Quelles sont les valeurs éthiques qui doivent prévaloir chez les professionnels de santé?

Question n° 3 : Citer un exemple réel de conflit d'intérêt et déterminer dans ce cas, la partie agissante et la population cible.

Question n° 4 : Expliquer pourquoi l'obligation d'indépendance est d'une importance capitale au sein des hautes institutions et autorités de santé.

Question n° 5 : Proposer des moyens de lutte contre le conflit d'intérêt.

Question n° 6:

Expliquer l'intérêt d'un groupe indépendant de lecture dans l'évaluation de travaux de la recherche médicale.

PROFESSIONNALISME

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Expliquer le concept de professionnalisme médical et le situer par rapport à l'Éthique et la Déontologie
2. Exposer les 3 principes fondamentaux et les 10 engagements recommandés par la Charte Internationale du Professionnalisme Médical
3. Discuter les principales dérives qui menacent professionnalisme médical

INTRODUCTION

La médecine n'est peut-être pas la profession la plus ancienne, mais elle reste parmi les plus prestigieuses dans la plupart des sociétés.

Le concept de professionnalisme médical a émergé ces dernières années en réaction aux nombreux défis auxquels les professionnels de santé ont eu à faire face. La quête de la rentabilité et de l'efficacité risque de mettre en danger des valeurs fondamentales de la profession médicale tels l'empathie ou l'altruisme. La notion de « client » a remplacé parfois le traditionnel « patient ».

Le professionnalisme provient de la nécessité de renforcer les principes déontologiques et éthiques au sein de la collectivité médicale.

Le milieu académique s'est fortement impliqué dans de nombreux pays, estimant que le rôle des facultés de médecine est non seulement la formation d'hommes de sciences, mais surtout de véritables professionnels de la santé. Les facultés devraient former plutôt des sages compétents (Hakim) que des techniciens compétents. Ce n'est sans doute pas par hasard que les organismes d'accréditation des facultés de médecine veillent désormais à ce que le professionnalisme soit intégré dans les programmes d'enseignement.

1 - DÉFINITIONS :

Profession

Professer du latin professio : déclarer publiquement une croyance ou une promesse. Le verbe constitue la base des termes « profession », « professionnel » et « professionnalisme ».

« Une profession est une activité basée sur la maîtrise d'un ensemble plus ou moins complexe de connaissances et de compétences. Ses membres sont régis par un code d'éthique et un engagement de compétence, et de promotion de l'intérêt public dans leur domaine ».

Ces engagements constituent la base d'un contrat social entre une profession et la société.

En retour la société accorde à la profession un monopole sur l'utilisation de sa base de connaissances, le droit à une autonomie considérable dans la pratique et le privilège de l'autorégulation.

Cette dualité entre les obligations et les privilèges est commune à la plupart des professions, cependant, en médecine, elle prend une dimension toute particulière.

Ainsi le terme de **professionnalisme médical** englobe une série d'attitudes, d'aptitudes et de comportements intégrants :

- une expertise spécifique et une maîtrise d'un ensemble de connaissances et de savoir agir
- le respect de normes élevées en matière de comportement éthique
- un contrat social et une entente de confiance au terme desquels le médecin s'engage à agir dans l'intérêt général.

2 - LA CHARTE INTERNATIONALE DU PROFESSIONNALISME MÉDICAL :

Elle a été élaborée à l'initiative de plusieurs associations américaines et européennes (l'American Board of Internal Medicine Foundation, l'American College of Physicians, American Society of Internal Medicine et la Fédération européenne de médecine interne).

« Le but de la charte est de rendre explicites les obligations de la médecine en formulant de façon formelle les attentes postulées par la société ». C'est en quelque sorte une actualisation des principes d'Hippocrate.

En effet, les systèmes de santé sont l'objet d'interactions entre de multiples acteurs : population, les professionnels de santé, les gestionnaires, industrie pharmaceutique...

Il devient impérieux de définir les rôles, les droits et les devoirs de chaque partie.

En prenant l'initiative de cette charte, les médecins s'engagent d'eux-mêmes, à maintenir les valeurs qui ont caractérisé la profession médicale à travers les âges.

Plus de 100 associations médicales et professionnelles ont jusque-là entériné cette Charte.

La charte repose sur 3 « principes fondamentaux » et énonce 10 « engagements » qui découlent de ces principes. Certains de ces engagements relèvent de la responsabilité individuelle de chaque médecin, d'autres relèvent d'une responsabilité collective des organismes professionnels.

Les trois « principes fondamentaux » font référence à l'altruisme, à l'autonomie du patient et à la justice sociale.

Si l'altruisme est une caractéristique traditionnelle et séculaire de la pratique médicale, les 2 autres principes ont connu une évolution au fil du temps.

Ainsi, le principe d'autonomie du patient constitue une interprétation nouvelle de la relation médecin patient. Le modèle paternaliste, qui a prévalu pendant des générations, est de plus en plus contesté.

Le principe de justice sociale s'est imposé dans la plupart des pays au-delà des clivages politiques et idéologiques. La santé et l'équité à l'accès des soins sont considérées comme des droits dans de plus en plus de sociétés. Dans un contexte de ressources limitées, un accès équitable aux soins implique par exemple d'éviter les examens et les procédures superflues.

Extraits de la Charte (voir texte intégral en Annexe)

PRINCIPES FONDAMENTAUX :

1 - PRINCIPE DE LA PRIMAUTÉ DU BIEN-ÊTRE DES PATIENTS

Ce principe repose sur la volonté de servir les intérêts du patient. Les forces du marché, les pressions de la société et les exigences administratives ne doivent en aucun cas compromettre ce principe.

2 - PRINCIPE DE L'AUTONOMIE DES PATIENTS

Les médecins doivent respecter l'autonomie des patients. Ils doivent être honnêtes avec ceux-ci et les aider à prendre des décisions avisées sur leur traitement.

Les décisions des patients sur leurs soins doivent être prépondérantes, sous réserve qu'elles soient conformes à la déontologie et qu'elles ne donnent pas lieu à des demandes de soins inadaptés.

3 - PRINCIPE DE LA JUSTICE SOCIALE

Les médecins doivent s'efforcer à éliminer toute discrimination dans les soins de santé, que celle-ci soit fondée sur la race, le sexe, la situation socio-économique, l'ethnicité, la religion ou toute autre catégorie.

UN ENSEMBLE DE RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES

1. ENGAGEMENT ENVERS LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

Les médecins sont tenus d'actualiser leurs connaissances médicales et techniques nécessaires à la prestation de soins de qualité

2. ENGAGEMENT ENVERS L'HONNÊTETÉ À L'ÉGARD DES PATIENTS

Les médecins doivent fournir des renseignements exhaustifs et honnêtes aux patients avant que ceux-ci ne consentent à un traitement.

Cela ne veut pas dire que les patients doivent prendre part à chaque décision sans exception sur les soins médicaux; ils doivent, en revanche, être en mesure de décider du mode de traitement. Les médecins doivent également reconnaître que, dans les soins de santé, des erreurs médicales qui portent préjudice aux patients sont parfois commises. Chaque fois qu'un patient subit des lésions à la suite de soins médicaux, il doit en être avisé le plus vite possible, car, à défaut d'agir ainsi, on compromet sérieusement la confiance du patient et de la société.

3. ENGAGEMENT ENVERS LA CONFIDENTIALITÉ DES PATIENTS

Pour mériter la confiance des patients, il faut mettre en place un dispositif de confidentialité en ce qui concerne la divulgation de renseignements sur les patients. Le respect de cet engagement envers la confidentialité est plus urgent aujourd'hui que jamais, compte tenu de l'utilisation généralisée des systèmes

informatiques et de la plus grande facilité d'accès aux données génétiques. Les médecins reconnaissent toutefois que leur engagement envers la confidentialité des patients doit à l'occasion céder la priorité à des considérations supérieures dans l'intérêt public (par exemple lorsque des patients représentent un danger pour autrui).

4. ENGAGEMENT ENVERS L'ENTRETIEN DE RAPPORTS CONVENANTS AVEC LES PATIENTS

Un médecin ne doit jamais exploiter un patient dans le but d'en tirer un avantage sexuel, un gain financier personnel ou un autre avantage personnel.

5. ENGAGEMENT ENVERS L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Cet engagement ne présuppose pas seulement le maintien des compétences cliniques, mais également l'obligation de collaborer avec d'autres professionnels pour réduire les erreurs médicales, accroître la sécurité des patients, minimiser la sur utilisation des ressources des soins.

6. ENGAGEMENT ENVERS L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS

Le professionnalisme médical exige que l'objectif de tous les systèmes de soins de santé soit l'existence d'une norme de soins uniforme et adéquate. Les médecins doivent, individuellement et collectivement, s'efforcer à éliminer les entraves à des soins de santé équitables. L'équité présuppose la promotion de la santé publique et de la médecine préventive, de même que la défense des intérêts publics par chaque médecin, sans se soucier des intérêts personnels du médecin ou de la profession médicale.

7. ENGAGEMENT ENVERS LA JUSTE RÉPARTITION DE RESSOURCES LIMITÉES

Tout en répondant aux besoins de chaque patient, les médecins sont tenus de fournir des soins de santé fondés sur la gestion prudente et rentable des moyens cliniques limités. La responsabilité professionnelle du médecin à l'égard de la juste répartition des ressources exige de sa part qu'il évite scrupuleusement les examens et les procédures superflus. La prestation de services inutiles n'expose pas seulement les patients à des préjudices et à des frais évitables, mais amenuise les ressources accessibles à d'autres.

8. ENGAGEMENT ENVERS LA CONNAISSANCE SCIENTIFIQUE

Les médecins ont le devoir de respecter les normes scientifiques, de promouvoir la recherche et de créer de nouvelles connaissances et d'assurer leur bonne utilisation.

9. ENGAGEMENT ENVERS LE MAINTIEN DE LA CONFIANCE PAR LA GESTION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les professionnels de la médecine et leurs associations ont maintes occasions de compromettre leurs responsabilités professionnelles en recherchant des gains ou des avantages personnels. Ces compromis sont particulièrement menaçants lorsque les médecins cherchent à nouer des rapports personnels ou organisationnels avec des entreprises à but lucratif, notamment des fabricants d'équipements médicaux, des compagnies d'assurance et des compagnies pharmaceutiques.

10. ENGAGEMENT ENVERS LES RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES

Les médecins sont censés collaborer entre eux pour optimiser les soins des patients, faire preuve de respect l'un pour l'autre, et s'auto réglementer, notamment en prenant des recours et des mesures disciplinaires à l'encontre des membres qui n'ont pas respecté les normes professionnelles.

Les médecins sont investis d'obligations individuelles et collectives en ce qui concerne la participation à ces procédés. Ils doivent notamment se livrer à des évaluations internes et accepter l'évaluation externe par des gens de l'extérieur de tous les paramètres de leur rendement professionnel.

3 – LES MENACES SUR LE PROFESSIONNALISME MÉDICAL

L'exercice de la médecine est confronté à des défis sans précédent. Ces défis sont de plusieurs ordres et risquent de miner la confiance de la société dans les médecins et la profession médicale.

DÉFIS EXTÉRIEURS

La profession médicale est soumise à de nombreuses pressions qui peuvent provenir de diverses parties

- Des décideurs politiques : limitation des ressources, mauvaise organisation, bureaucratie, quête de la rentabilité
- De l'industrie pharmaceutique : influence, manipulation, conflits d'intérêts
- Des assurances : restrictions, contrôles...

DÉFIS INTERNES

- Difficulté accrue de maintenir l'auto réglementation
- Difficulté à maintenir un équilibre entre l'engagement envers la primauté des intérêts des patients et l'intérêt personnel
- Rivalités entre professionnels
- Manquement à l'éthique : divulgation de renseignements confidentiels harcèlement sexuel, âpreté du gain....
- Pratique avec des facultés affaiblies
- Absence d'actualisation des connaissances

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA CHARTE INTERNATIONALE DU PROFESSIONNALISME MÉDICAL

PRÉAMBULE

Le professionnalisme est à la base du contrat conclu entre la médecine et la société.

Il exige de faire passer les intérêts des patients avant ceux du médecin, de fixer et de maintenir des normes rigoureuses de compétence et d'intégrité et de prodiguer des conseils d'expert à la société sur les questions de santé.

Les principes et les responsabilités du professionnalisme médical doivent être clairement compris par la profession et la société. Au cœur de ce contrat se situe la confiance du public en les médecins, laquelle dépend de l'intégrité à la fois de chaque médecin et de l'ensemble de la profession.

À l'heure actuelle, la profession médicale est confrontée à l'explosion technologique, à l'évolution des forces du marché, aux problèmes liés à la prestation des soins de santé, au bioterrorisme et à la mondialisation. Il s'ensuit que les médecins rencontrent de plus en plus de difficultés à s'acquitter de leurs responsabilités à l'égard des patients et de la société. Dans ces circonstances, il est plus important que jamais de réaffirmer les valeurs et les principes fondamentaux et universels du professionnalisme médical, qui demeurent des idéaux auxquels doivent aspirer tous les médecins. La profession médicale est enchâssée dans des cultures et des traditions nationales diverses, mais ses membres assument tous le rôle du médecin, dont les racines remontent à Hippocrate. À vrai dire, la profession médicale est aux prises avec des forces politiques, juridiques et commerciales complexes. De plus, il y a de grandes différences dans la prestation des soins et l'exercice de la médecine. Ces différences expliquent que tout principe général peut subir une modification plus ou moins complexe ou subtile dans son expression. En dépit de ces différences, des thèmes communs se dégagent et constituent le fondement de la présente charte sous forme de trois principes fondamentaux et d'un ensemble de responsabilités professionnelles décisives.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

Principe de la primauté du bien-être des patients.

Ce principe repose sur la volonté de servir les intérêts du patient. L'altruisme contribue à la confiance qui est essentielle au rapport médecin-patient. Les forces du marché, les pressions de la société et les exigences administratives ne doivent en aucun cas compromettre ce principe.

Principe de l'autonomie des patients.

Les médecins doivent respecter l'autonomie des patients. Ils doivent être honnêtes avec ceux-ci et les aider à prendre des décisions avisées sur leur traitement. Les décisions des patients sur leurs soins doivent être prépondérantes, sous réserve qu'elles soient conformes à la déontologie et qu'elles ne donnent pas lieu à des demandes de soins inadaptés.

Principe de la justice sociale

La profession médicale doit promouvoir la justice dans le système de soins de santé, notamment en assurant la répartition équitable des ressources destinées aux soins de santé. Les médecins doivent s'efforcer d'éliminer toute discrimination dans les soins de santé, que celle-ci soit fondée sur la race, le sexe, la situation socio-économique, l'ethnicité, la religion ou toute autre catégorie sociale.

UN ENSEMBLE DE RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES

Engagement envers la compétence professionnelle.

Les médecins doivent s'engager à s'instruire tout au long de leur vie professionnelle et sont tenus d'actualiser leurs connaissances médicales et techniques nécessaires à la prestation de soins de qualité. Plus généralement, la profession dans son ensemble doit faire en sorte que tous ses membres soient compétents et s'assurer que les moyens voulus sont mis à la disposition des médecins pour atteindre cet objectif.

Engagement envers l'honnêteté à l'égard des patients.

Les médecins doivent fournir des renseignements exhaustifs et honnêtes aux patients avant que ceux-ci ne consentent à un traitement ainsi qu'à l'issue de ce traitement. Cela ne veut pas dire que les patients doivent prendre part à chaque décision sans exception sur les soins médicaux; ils doivent, en revanche, être en mesure de décider du mode de traitement. Les médecins doivent également reconnaître que, dans les soins de santé, des erreurs médicales qui portent préjudice aux patients sont parfois commises. Chaque fois qu'un patient subit des lésions à la suite de soins médicaux, il doit en être avisé le plus vite possible, car, à défaut d'agir ainsi, on compromet sérieusement la confiance du patient et de la société. La déclaration et l'analyse des erreurs médicales sont à la base de stratégies judicieuses de prévention et d'amélioration et d'un dédommagement approprié des parties lésées.

Engagement envers la confidentialité des patients.

Pour mériter la confiance des patients, il faut mettre en place un dispositif de confidentialité en ce qui concerne la divulgation de renseignements sur les patients. Cet engagement s'applique aux entretiens avec les personnes qui agissent pour le compte d'un patient lorsqu'il est impossible d'obtenir le consentement du patient proprement dit. Le respect de cet engagement envers la confidentialité est plus urgent aujourd'hui que jamais, compte tenu de l'utilisation généralisée des systèmes informatiques pour remplir des données sur les patients et de la plus grande facilité d'accès aux données génétiques. Les médecins reconnaissent toutefois que leur engagement envers la confidentialité des patients doit à l'occasion céder la priorité à des considérations supérieures dans l'intérêt public (par exemple lorsque des patients représentent un danger pour autrui).

Engagement envers l'entretien de rapports convenants avec les patients.

Étant donné la vulnérabilité inhérente à la situation des patients, certains rapports entre médecins et patients doivent à tout prix être évités. En particulier, un médecin ne doit jamais exploiter un patient dans le but d'en tirer un avantage sexuel, un gain financier personnel ou un autre avantage personnel.

Engagement envers l'amélioration de la qualité des soins.

Les médecins doivent prendre l'engagement de constamment améliorer la qualité des soins de santé. Cet engagement ne présuppose pas seulement le maintien des compétences cliniques, mais également l'obligation de collaborer avec d'autres professionnels pour réduire les erreurs médicales, accroître la sécurité des patients, minimiser la sur utilisation des ressources des soins de santé et optimiser les résultats des soins. Les médecins doivent participer à l'élaboration de meilleures mesures de qualité des soins et à l'application de mesures de qualité pour évaluer systématiquement le rendement des professionnels, des établissements et des systèmes chargés de prodiguer des soins de santé. Les médecins, individuellement et par le biais de leurs associations professionnelles, doivent contribuer à la création et à l'adoption de mécanismes dont le but est de favoriser l'amélioration constante de la qualité des soins.

Engagement envers l'amélioration de l'accès aux soins.

Le professionnalisme médical exige que l'objectif de tous les systèmes de soins de santé soit l'existence d'une norme de soins uniforme et adéquate. Les médecins doivent, individuellement et collectivement, s'efforcer d'éliminer les entraves à des soins de santé équitables. Dans chaque système, le médecin doit s'employer à éliminer les obstacles à l'accès aux soins fondés sur l'instruction, les lois, les ressources financières, la géographie et la discrimination sociale. L'engagement envers l'équité présuppose la promotion de la santé publique et de la médecine préventive, de même que la défense des intérêts publics par chaque médecin, sans se soucier des intérêts personnels du médecin ou de la profession médicale.

Engagement envers la juste répartition de ressources limitées.

Tout en répondant aux besoins de chaque patient, les médecins sont tenus de fournir des soins de santé fondés sur la gestion prudente et rentable des moyens cliniques limités. Ils doivent prendre l'engagement de collaborer avec les autres médecins, les hôpitaux et les systèmes de financement à l'élaboration de lignes directrices sur la rentabilité des soins. La responsabilité professionnelle du médecin à l'égard de la juste répartition des ressources exige de sa part qu'il évite scrupuleusement les examens et les procédures superflus. La prestation des services inutiles n'expose pas seulement les patients à des préjudices et à des frais évitables, mais amenuise les ressources accessibles à d'autres.

Engagement envers la connaissance scientifique.

Une bonne partie du contrat entre la médecine et la société repose sur l'intégrité et l'utilisation opportune des connaissances scientifiques et des technologies. Les médecins ont le devoir de respecter les normes scientifiques, de promouvoir la recherche et de créer de nouvelles connaissances et d'assurer leur bonne utilisation.

La profession est responsable de l'intégrité de ces connaissances, lesquelles reposent sur des preuves scientifiques et sur l'expérience des médecins.

Engagement envers le maintien de la confiance par la gestion des conflits d'intérêts.

Les professionnels de la médecine et leurs associations ont maintes occasions de compromettre leurs responsabilités professionnelles en recherchant des gains ou des avantages personnels. Ces compromis sont particulièrement menaçants lorsque les médecins cherchent à nouer des rapports personnels ou organisationnels avec des entreprises à but lucratif,

notamment des fabricants d'équipements médicaux, des compagnies d'assurance et des compagnies pharmaceutiques. Les médecins ont l'obligation de reconnaître, de divulguer au grand public et de régler les conflits d'intérêts qui surviennent dans l'exercice de leurs fonctions et de leurs activités professionnelles. Les rapports entre l'industrie et les leaders d'opinion doivent être divulgués, surtout lorsque ces derniers fixent les critères qui régissent le déroulement des essais cliniques et les comptes rendus à leur sujet, la rédaction d'éditoriaux ou de recommandations thérapeutiques ou les fonctions de rédacteur de revues scientifiques.

Engagement envers les responsabilités professionnelles.

En tant que membres d'une profession, les médecins sont censés collaborer entre eux pour optimiser les soins des patients, faire preuve de respect l'un pour l'autre, et s'auto réglementer, notamment en prenant des recours et des mesures disciplinaires à l'encontre des membres qui n'ont pas respecté les normes professionnelles. La profession doit également définir et structurer le processus d'enseignement et d'établissement de normes pour ses membres actuels et futurs. Les médecins sont investis d'obligations individuelles et collectives en ce qui concerne la participation à ces procédés. Ils doivent notamment se livrer à des évaluations internes et accepter l'évaluation externe par des gens de l'extérieur de tous les paramètres de leur rendement professionnel.

ANNEXE 2 : GRILLE D'ÉVALUATION DU PROFESSIONNALISME CHEZ LES RÉSIDENTS CANADIENS EN MÉDECINE FAMILIALE. CAN FAMILY PHYSICIAN 2016 62: 182

1. Démonstre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance
2. Connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée
3. Démonstre une approche souple, ouverte, sans parti pris, ingénieuse et capable d'affronter l'incertitude
4. Manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide
5. Démonstre une attitude compatissante
6. Démonstre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s'implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d'évaluer la performance.
7. Démonstre du respect pour les collègues et les membres de l'équipe
8. Démonstre par ses discussions et son comportement quotidiens qu'il est honnête et respecte les normes d'éthique
9. Démonstre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des données probantes. Ceci implique une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information ainsi qu'une volonté d'apprendre des collègues et des patients.
10. Manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité
11. Manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles
12. Démonstre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.

EVALUATION FORMATIVE

1. Faites la liste des deux dernières interventions professionnelles effectuées.

2. Analysez vos compétences personnelles et professionnelles pour chaque intervention

3. À partir de cette analyse, répondez aux questions suivantes :

- Quelles sont les interventions que vous allez maintenir? Pourquoi?

- Quelles sont les interventions que vous allez changer? Pourquoi?

- Est-ce que la qualité de votre travail correspond à vos exigences? Pourquoi?

- Quels moyens allez-vous utiliser pour développer et maintenir de nouvelles compétences?
