

26 octobre 2010 / n° 40-41

Numéro thématique – Médecine légale et santé publique : quelques éléments d'illustration

Special issue – Forensic medicine and public health: some documenting elements

- p.409 **Médecine, normes et société : la médecine légale, discipline de santé publique** / *Medicine, norms, and society: forensic medicine as a public health specialty*
- p.412 **Rôle de l'activité médico-légale dans la connaissance des morts violentes dans le Bas-Rhin (France) au cours de l'année 2008** / *Role of forensic medicine and complementary examinations performed in Bas-Rhin (France) during the year 2008 in the investigation of violent deaths*
- p.415 **Encadré 1 – Importance des informations provenant des instituts médico-légaux pour la connaissance des décès par suicide en France** / *Box 1 – Importance of information from the forensic units for the knowledge of deaths by suicide in France*
- p.416 **Encadré 2 – Drames (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances) : outil d'identification des décès liés à la drogue en France** / *Box 2 – DRAMES' (Deaths related to drug and illegal substance abuse): an identification tool of drug-related deaths in France*
- p.417 **Encadré 3 – Les données des coroners au Québec : utiles pour la recherche, la surveillance et la prévention des décès** / *Box 3 – Coroner's data in Quebec: useful for research, surveillance and prevention of deaths*
- p.418 **Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France)** / *Sexual assaults: medical examination of victims who filed complaints in Seine-Saint-Denis (France), 2009*
- p.421 **Étrangers placés en rétention administrative : constats médicaux, approche sanitaire et socio-économique. Bobigny (France), 2008-2009** / *Migrants under administrative detention: medical data and socioeconomic perspective. Bobigny (France), 2008-2009*

Coordination scientifique / *Scientific coordination of the issue* : Patrick Chariot, Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean Verdier, Bondy, France, et pour le comité de rédaction du BEH, Isabelle Grémy, Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, Paris, France et Hélène Therre, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Médecine, normes et société: la médecine légale, discipline de santé publique

Christian Hervé¹, Patrick Chariot (patrick.chariot@jvr.aphp.fr)²

1/ Réseau ASDES (Accès aux soins, aux droits et éducation à la santé), Hôpital Corentin Celton (AP-HP), et Université Paris Descartes, Issy-les-Moulineaux, France

2/ Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean Verdier (AP-HP), Bondy et Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), UMR 8156-997, UFR SMBH, Université Paris 13, Bobigny, France

Résumé / Abstract

Historiquement, la médecine légale est une discipline médicale située à l'interface de la médecine et de la justice, le médecin légiste étant identifié comme spécialiste des situations de violence. Aujourd'hui, la médecine légale est mieux définie par l'interface médecine-société, ce qui peut apparaître comme un renouveau de la médecine sociale.

La médecine légale recouvre trois cercles concentriques d'activités : thanatologie, médecine judiciaire dans ses deux dimensions cliniques et biologiques, et un troisième ensemble d'activités, dont les contours « médecine, normes et société » représentent une ouverture vers d'autres champs disciplinaires.

Medicine, norms, and society: forensic medicine as a public health specialty

Forensic medicine has long been a medical specialty at the interface of medicine and justice. Forensic physicians are considered as specialists of violent situations. Forensic medicine is now best defined as the interface between medicine and society, representing the renewal of social medicine. It includes three circles of activity: thanatology, forensic medicine including clinical forensic medicine and biology, and a third pool of medical fields, i.e. "medicine, norms, and society" that extend to other specialties.

Les principaux champs de la médecine légale sont la prise en charge et l'épidémiologie des situations de violence ; l'identification des causes de décès ; la médecine des personnes privées de liberté ; l'étude des conduites addictives ; l'accès aux soins et les vulnérabilités ; la connaissance et le respect des normes dans l'activité médicale et la réflexion éthique sur les pratiques médicales.

The broad spectrum of forensic medicine includes the support and the epidemiology of violent situations, causes of death identification, medical care of detainees, the study and care of addictive disorders, access to care and vulnerabilities, knowledge of norms in medicine, and ethical reflection on medical practices.

Mots clés / Keywords

Médecine légale, médecine sociale, épidémiologie, violence, décès, éthique médicale / Forensic medicine, social medicine, epidemiology, violence, death, medical ethics

La construction de la médecine légale

Historiquement, la médecine légale est une discipline médicale située à l'interface de la médecine et de la justice. Spécialiste des violences, le médecin légiste avait vocation à répertorier et décrire les conséquences des violences et les auteurs d'agressions. Désormais, la médecine légale est mieux définie par l'interface médecine-société, ce qui peut apparaître comme un renouveau de la médecine sociale. En effet, actuellement, la médecine légale recouvre trois cercles concentriques d'activités : thanatologie, médecine judiciaire dans ses deux dimensions cliniques et biologiques, et un troisième ensemble d'activités, dont les contours « médecine, normes et société » représentent une ouverture vers d'autres champs disciplinaires (figure 1).

L'importance historique et symbolique de l'autopsie, en tant que premier cercle, est illustrée par l'image du médecin légiste autopsieur, volontiers transmise par les médias et la littérature policière. Cette représentation donne une place centrale à l'autopsie médico-légale, bien que l'activité thanatologique (autopsies et levées de corps, c'est-à-dire examens externes de personnes décédées, pratiqués sur le lieu de découverte du corps) ne représente que 5% de l'activité médico-judiciaire. Ainsi, cette place est centrale mais non prédominante. En 2004, les unités de médecine légale ont réalisé environ 8 000 autopsies et 12 000 levées de corps, à rapporter aux 400 000 actes médico-judiciaires sur des personnes vivantes [1].

Cette activité médico-judiciaire, qui définit le deuxième cercle, concerne les violences donnant lieu à dépôt

de plainte, qui ne représentent qu'environ un dixième des situations de violence. Le médecin légiste est requis par l'autorité judiciaire pour pratiquer l'examen des personnes se présentant comme victimes de violences et déterminer la durée de l'incapacité totale de travail au sens pénal du terme. Il est également fait appel à lui pour évaluer la compatibilité de l'état de santé des personnes placées en garde à vue avec leur maintien dans les locaux de police ou de gendarmerie. Le médecin légiste est alors garant des droits des victimes et des personnes mises en cause (encadré), puisqu'il produit la preuve des lésions et en organise la prise en charge sur les plans médical, psychologique et social afin d'aider à la réparation du dommage subi. Ainsi, la médecine légale est un service dû à chaque citoyen. La biologie médico-judiciaire, quand à elle, concerne principalement la toxicologie analytique et l'identification génétique.

La médecine légale, dans sa dimension fondamentale de santé publique et d'éducation à la santé (troisième cercle), est centrée sur la connaissance et la prévention des violences et de leurs conséquences, ainsi que l'accompagnement des personnes fragilisées et vulnérables dans l'exercice de leurs droits. Elle est alors une activité qui dépasse largement les seules situations où une plainte a été déposée auprès des services de police ou de gendarmerie. À ce niveau, la médecine légale bénéficie du progrès scientifique, notamment de la génétique. C'est dans cet état d'esprit qu'a été proposée la notion de « santé publique clinique » [2], associant à la fois le préventif et le curatif, mais aussi les règles et normes de santé publique dans la consultation individuelle. La dynamique actuelle de la médecine légale doit contribuer à permettre la reconnaissance et la valo-

risation de cette chaîne d'activités et d'interventions, au-delà du constat médical établi sur réquisition suite à un dépôt de plainte, du rapport d'autopsie ou du résultat d'investigations toxicologiques. Le présent article prend en partie sa source dans un rapport du groupe de travail sur la médecine légale à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris [3], et prolonge des réflexions récentes sur les développements et les contours de cette spécialité à l'hôpital [4-6]. La présentation en trois cercles concentriques (figure 1) permet une mise en perspective historique et dynamique de la médecine légale, dans le cadre d'une stratégie d'offre de soins et d'une vision à moyen terme. Une telle représentation est cohérente en termes d'ouverture vers les différents champs disciplinaires, et souligne à la fois l'existence d'un *continuum* entre les formes d'activité d'une discipline mixte par essence et les différences d'ordre de grandeur, en termes de nombres d'actes ou de situations cliniques.

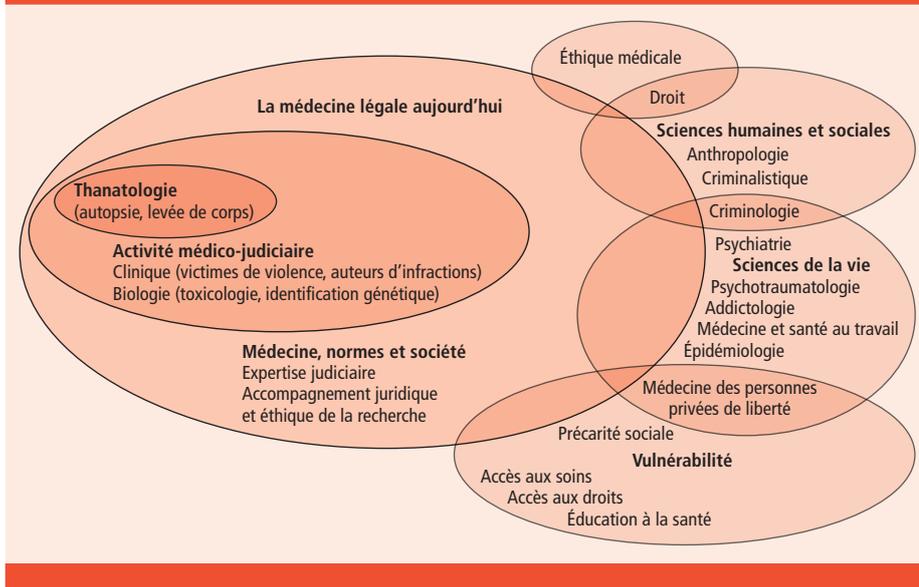
Les champs actuels de la médecine légale

Dans une perspective d'épidémiologie et de santé publique, une certaine insuffisance des données descriptives quantitatives concernant les situations de violence et les personnes privées de liberté a été déplorée, notamment celles concernant les personnes placées en garde à vue [5;7]. Les quelques études publiées ces dernières années ne couvrent pas, loin s'en faut, tout le champ de la médecine légale et se limitent, pour la plupart, à la description de situations locales ou régionales [8-11].

Épidémiologie et prise en charge des situations de violence

L'organisation de l'accueil des victimes et des auteurs d'agression sous forme d'unités médico-judiciaires date des années 1980. Elle permet un meilleur repérage des situations de violence et l'orientation des personnes dans un circuit judiciaire où le médecin est auxiliaire de justice en tant qu'expert, dissocié de sa fonction de soin. Dans ce cadre, une orientation sanitaire en termes de prévention ou de traitement peut se révéler nécessaire et rendre la prise en charge plus complexe et la description épidémiologique d'autant plus difficile. Bénéficiant de financements différents puisque mêlant au judiciaire le préventif et le social, la transcription des activités en termes médico-économiques de telles organisations est particulièrement difficile. Ainsi, ces services de médecine légale contribuent à formaliser le parcours des victimes de violences dans les établissements hospitaliers [12]. Par cette orientation sanitaire et médico-sociale, dans l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et le suivi, les personnes sont globalement prises en charge dans leurs vulnérabilités. De tels services tirent profit d'une autonomie vis-à-vis des urgences, leurs missions correspondant rarement à l'urgence sanitaire.

Figure 1 Les trois cercles d'activité de la médecine légale / Figure 1 The three circles of activity of forensic medicine



Niveau 1 – Praticiens isolés, hospitaliers ou plus souvent libéraux, payés à l'acte et répartis sur l'ensemble du pays :
– Examens des personnes placées en garde à vue
– Examens des victimes de violences et détermination de l'incapacité totale de travail, au sens pénal du terme
– Examens externes des personnes décédées (levées de corps)
– Expertises judiciaires

Niveau 2 – Unités hospitalières de médecine légale d'effectifs limités, répartis dans les CHU et les centres hospitaliers généraux de taille moyenne :
– Actes réalisés par les praticiens au niveau 1
– Examens de victimes d'agressions sexuelles
– Autopsies médico-légales

Niveau 3 – Unités hospitalo-universitaires dans les plus grosses villes de faculté de médecine :
– Actes réalisés dans les unités de niveau 2

– Médecine en milieu pénitentiaire, médecine dans les centres de rétention administrative, estimation d'âge, toxicologie analytique médico-légale, identification génétique, anthropologie, entomologie légale

– Unités ayant une activité transversale : addictologie, réseau de santé, d'accès aux soins et aux droits des patients, éthique médicale, précarité sociale, médecine dans les centres de rétention administrative et en prison

– En Ile-de-France, spécialisation des unités ayant les plus importants volumes d'activité : autopsies (Institut médico-légal de Paris), examens de victimes de violences, examens en garde à vue

La frontière entre les niveaux 2 et 3 est parfois difficile à tracer. Un projet de réforme de la médecine légale, comptant parmi ses objectifs la constitution de pôles de référence universitaires régionaux, pourrait faire évoluer cette organisation.

Connaissance des causes de décès

La diminution de l'autopsie hospitalière participe à la méconnaissance des causes de décès [13]. Face au déclin de ce type d'autopsie, la relative stabilité du nombre d'autopsies judiciaires accroît la place relative de la médecine légale dans la connaissance des causes de décès. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), laboratoire de l'Inserm chargé de la production de la statistique des causes de décès en France à partir des certificats de décès et des bulletins de décès, est un interlocuteur habituel des services de médecine légale.

Les personnes privées de liberté

Interface spécifique avec l'institution judiciaire, une médecine des personnes privées de liberté présente des problématiques communes à différents types d'exercice : médecine en milieu pénitentiaire, durant les gardes à vue, lors des rétentions administratives. Les questions de responsabilité médicale et de secret professionnel sont alors posées, toujours dans une forme d'équilibre instable où la médecine légale oscille entre le cautionnement de l'autorité, par définition coercitive, et la défense des personnes [1;14;15]. Cette instabilité explique les difficultés rencontrées pour l'obtention de données épidémiologiques. L'absence d'un système d'information sanitaire continu pour les personnes détenues, prenant en compte leurs nombreux transferts, entretient le manque actuel de données fiables.

La généralisation d'une formation épidémiologique chez les médecins intervenant auprès des personnes privées de liberté, non encore acquise, permettrait le dépassement de ces difficultés méthodologiques.

Conduites addictives et usages détournés de substances psychoactives

La part des problèmes légaux dans la prise en charge des addictions est importante : conduite en état d'ivresse ou sous l'effet de stupéfiants, violences familiales dans un contexte d'alcoolisation, soumissions chimiques [16;17]. On peut citer l'exemple du Centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) de l'hôpital Fernand-Widal (Paris), dit Espace Murger, pour lequel 30% des malades suivis sont adressés par la justice [2]. À l'échelon national, 20% des patients reçus dans les centres de cure ambulatoires en alcoologie et dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2006 étaient adressés par la justice [18].

Lors de la prise en charge des violences subies ou infligées, il semble y avoir un déficit d'orientation, peu documenté, des patients par les médecins vers les structures d'addictologie, [3;19]. La victime violente alcoolisée consulte rarement ; ainsi, des patients en souffrance n'ont pas accès aux soins.

Les conduites addictives chez les personnes privées de liberté les rendent plus vulnérables, et pourraient être mieux prises en compte si elles étaient mieux décrites. Ces personnes pourraient bénéficier d'un meilleur accompagnement, notamment à la sortie, vers les structures d'addictologie.

Accès aux soins et vulnérabilités

La précarité sociale est une véritable violence. La prise en compte des déterminants sanitaires et sociaux, priorité de santé publique selon la loi du 9 août 2004, a montré tout son intérêt chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale. La nécessité d'une approche transversale et multidisciplinaire pour le recueil de ces données met en évidence la pertinence, chez ces personnes, d'une pratique médicale incluant la prévention (addictologique, cardiovasculaire, psychosociale ou cancérologique). Par des prises en charge du secteur privé et du service public (Permanences d'accès aux soins de santé [PASS]), quelquefois conjointes, dans le cadre d'un réseau de santé, l'évaluation de cette pratique de « santé publique clinique » est possible à partir d'un dossier commun et informatisé [20]. Dans l'optique d'une lutte contre les actes médicaux injustifiés et redondants et d'une mise en évidence des besoins exprimés par ces personnes, des actions de type communautaire peuvent être envisagées : thérapeutiques, sociales, d'information et de sensibilisation.

Connaissance des normes dans l'activité médicale

La déontologie médicale évolue avec la législation depuis un demi-siècle : contraception, interruption volontaire de grossesse, recherche biomédicale, droits des patients, bioéthique et santé publique... Ces lois utilisent des concepts juridiques que les médecins légistes doivent expliciter en termes de pratiques de soin et de recherche.

Leur rôle est autant celui de l'expertise que de l'explication. Il est également d'accompagner les investigateurs et promoteurs de recherches biomédicales lors de la soumission des projets aux comités de protection des personnes (CPP). Il peut être aussi d'aider à la compréhension des informations données aux patients afin d'obtenir un véritable consentement.

Les conflits d'intérêts sont patents en médecine mais insuffisamment perçus par les praticiens, dans la recherche et dans le soin. La médecine légale, sensibilisée à la séparation entre les activités d'expertise et celles de soin, peut contribuer à la prise de conscience, par les professionnels, des situations qui les exposent aux conflits d'intérêts [21].

Réflexion éthique sur les pratiques médicales

L'éthique médicale repose sur l'évaluation, par les professionnels eux-mêmes, de leurs pratiques de soin et de recherche. Cette évaluation peut mettre en évidence d'éventuels décalages entre la théorie et les pratiques : résultats en contradiction avec les hypothèses formulées, bouleversant le sens de l'action médicale, ou persistance de pratiques sans fondement scientifique. De même, cette éthique se préoccupe des conséquences potentiellement délétères des pratiques sur les équilibres sociétaux. C'est ainsi que les procréations médicalement assistées remettent en question les bases juridiques de la filiation et de la paternité et la notion de couple. La lutte contre la pénurie d'organes peut également induire un changement de la définition de la mort : la réflexion sur les prélèvements avec donneur à cœur arrêté en témoigne [22].

La réflexion éthique en médecine produit une pensée critique sur des faits avérés et évite que la société n'utilise des représentations fausses du soin ou de la recherche dans le débat bioéthique [23]. Par la mise en évidence que 50% des patients décédaient en réanimation d'arrêts ou de limitations des soins [24], le concept d'obstination déraisonnable a été développé dans la loi dite Leonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, fondant une véritable éthique de la fin de vie en réanimation.

Conclusion

La présentation structurée d'une discipline protéiforme est-elle possible ? Sa dynamique s'inscrit dans l'interface médecine société en investissant simultanément un lieu autrefois négligé : l'hôpital. Transversale, la médecine légale concerne les autres disciplines par son approche et sa connaissance des normes, notamment juridiques. Elle apporte une réponse à l'inquiétude des professionnels quant aux conséquences médico-légales de leurs actes.

Ce descriptif de la médecine légale n'est pas un tableau idéalisé ; il se situe à mi-chemin entre l'existant et le souhaitable. Les multiples tentatives pour harmoniser le fonctionnement de la médecine légale ont abouti à des échecs depuis 30 ans [1]. Cette présentation permet de substituer, à une classique juxtaposition d'actions hétérogènes, une vision dynamique et sociétale, dans une perspective commune : médecine et société.

Elle s'appuie sur des éléments de réflexion collective, internes [3;5;6] et extérieurs [1;4;7] à la médecine légale. S'inspirant du concept de réflexivité – qui fait référence à la démarche des sciences sociales d'appliquer leurs propres outils d'analyse à leur travail, dans un effort de meilleure compréhension des distorsions introduites dans la construction de l'objet – la médecine légale devrait développer une auto-analyse sur son état, son positionnement et son devenir.

Dans certains pays, tels les États-Unis, la médecine légale repose sur son ouverture à des professions non médicales, impliquées totalement dans l'expertise, valorisant préférentiellement la criminalistique, et limitant les champs de la médecine légale à leur versant judiciaire. En France, la médecine légale rejoint la médecine sociale et développe à l'hôpital un exercice transversal, qui ne doit pas s'opposer à une nécessaire cohérence entre les professions impliquées (figure 1). Cette volonté de cohérence ne s'oppose pas à la préservation d'un équilibre instable entre les aspects sanitaires et les aspects judiciaires de la médecine légale. En ce sens, la médecine légale éprouve déjà l'exercice de la multiprofessionnalité, rendant nécessaire les transferts de formation et de responsabilité qui lui sont consécutifs.

Enfin, certaines dispositions juridiques très récemment mises en œuvre contribuent au renforcement de la dimension de santé publique de la médecine légale. Ainsi, par la structuration du dispositif de toxicovigilance et des réseaux prévus dans la loi du 21 juillet 2009, dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), la médecine légale est désormais incitée de manière plus visible à contribuer au recueil d'informations toxicologiques d'intérêt collectif.

Références

- [1] Desportes F, Lorrang F, Crosnon du Cormier R, Picard S, Reitzel P. Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale. Paris : La Documentation Française, 2006. Disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000359/index.shtml>
- [2] Hervé C, Moutel G. Éthique de la recherche et santé publique : où en est-on ? Paris : Dalloz, 2006:165-72.
- [3] Chariot P, Calenge L (coord.). La médecine légale à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris. Rapport du groupe de travail dans la perspective du plan stratégique 2010-2014. Paris : AP-HP, 2009. Disponible à : <http://cme.aphp.fr/docs-raps/folder.2008-06-09.2256396194/folder.2009-09-07.6879762710/folder.2009-11-17.7410952475/>
- [4] Hecketsweiler P. La trajectoire de la médecine légale. Gestions Hospitalières 2006;460:657-64.
- [5] Penneau M. La médecine légale, une discipline hospitalière. Gestions Hospitalières 2006;460:665-9.
- [6] Debout M. Médecine légale, médecine humaine et sociale. Gestions Hospitalières 2006;460:680-1.
- [7] Fagot-Largeault A. L'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue. Quelle conduite médicale dans des situations particulières ? In : P. Chariot (dir). Actes de la conférence de consensus. Paris : Dalloz, 2006:384-5.

- [8] Chariot P, Landman H. Pratique des examens médicaux de garde à vue dans les locaux de police à Paris. In : P. Chariot (dir). Garde à vue : réalités médicales. Paris : Glyphe & Biotem 2004:135-47.
- [9] Tedlaoui M, Boraud C, Benmakroha S, Addouche M, Boughida A, Chariot P. L'incapacité totale de travail chez les victimes de violences en Seine-Saint-Denis, France, 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(19):160-4.
- [10] Bazex A, Thomas A, Combalbert N, Lignon S. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence. Encéphale 2010;36:62-8.
- [11] Disponible à : <http://reseauprevios.fr/8.html>
- [12] Thomas A, Bazex H, Trape F, Oustrain M, Rougé D. Réflexions pour la constitution d'un chemin clinique des victimes au sein des établissements de santé. J Med Leg – Droit Med. 2008;51:71-80.
- [13] Chariot P, Witt K, Pautot V, Porcher R, Thomas G, Zafrani ES, et al. Declining autopsy rate in a French hospital: physician's attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. Arch Pathol Lab Med. 2000;124(5):739-45.
- [14] Chabrol A. La grande misère de la médecine pénitentiaire. Bulletin de l'Ordre des Médecins, mai 2008:8-12 (dossier).
- [15] Direction des affaires criminelles et des grâces, Ministère de la justice. Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. 2009.
- [16] Richard N. Du médicament aux drogues... Les risques liés aux stupéfiants et psychotropes. Exemples sur 10 ans. (MEDEC, 11/03/2009). Disponible à : [http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-d-application/\(offset\)/2](http://www.afssaps.fr/Activites/Pharmacodependance-Addictovigilance/Champ-d-application/(offset)/2)
- [17] Beck F, Legleye S, Spilka S, Briffault X, Gautier A, Lamboy B, et al. Les niveaux d'usage des drogues en

France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances (OFDT) 2006;48:1-6. Disponible à : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html>

[18] Palle C, Lemieux C, Prisse N, Mortini H. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2008. Disponible à : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08.html>

[19] Chariot P. Addictions et violences. In : Traité de médecine légale et de droit de la santé. Chariot P, Debout M, eds. Paris : Vuibert, 2010:500-4.

[20] Moutel G, Hervé C. Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients. Presse Med. 2001;30:740-4.

[21] Pitak-Arnopp P, Sader R, Hervé C, Dhanuthai K, Bertrand JC, Hemprich A. Reporting of ethical protection in recent oral and maxillofacial surgery research involving human subjects. Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;38:707-12.

[22] Commission d'éthique de la SLRF. Position de la Société de réanimation de langue française (SRLF) concernant les prélèvements d'organes chez les donneurs à cœur arrêté. Réanimation 2007;16:428-35.

[23] Hervé C. Vers une éthique de la bioéthique In : L'humain, l'humanité et le progrès scientifique. Paris : Dalloz, 2009:173-92.

[24] Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French Latarea Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. Lancet 2001;357:9-14.

Rôle de l'activité médico-légale dans la connaissance des morts violentes dans le Bas-Rhin (France) au cours de l'année 2008

Audrey Farrugia (audrey.farrugia@unistra.fr), Bertrand Ludes

Institut de médecine légale, Université de Strasbourg, France

Résumé / Abstract

En France, les cas de morts violentes ont fait l'objet de peu d'études antérieures par les instituts médico-légaux et sont sous-estimés par les statistiques du CépiDc. Notre étude rétrospective a porté sur l'ensemble des autopsies médico-légales réalisées en 2008 à l'Institut de médecine légale de Strasbourg (soit 149 autopsies). Il s'agissait de déterminer, pour chaque cas autopsié, le rôle de l'activité médico-légale associant la réalisation de l'autopsie médico-légale aux différents examens complémentaires dans la détermination de la cause du décès lorsque celle-ci n'est pas connue avant l'autopsie.

Au total, sur 149 cas autopsiés, 64% ont pu être classés en mort violente : 26% au terme de la seule levée de corps, 2% au terme de l'autopsie, 26% après les analyses toxicologiques, 5% après les analyses anatomopathologiques et 5% une fois les analyses limnologiques réalisées. Malgré la réalisation de l'ensemble des examens complémentaires, aucune cause de décès n'est déterminée dans 3% des cas. Dans 6% des cas, ni les analyses toxicologiques dans un contexte d'intoxication létale, ni les analyses limnologiques pour des individus dont le corps avait été retrouvé dans l'eau n'ont été demandées par les magistrats : aucune cause formelle de décès n'a donc pu être établie.

En conclusion, notre étude souligne le rôle fondamental des investigations médico-légales dans la connaissance des morts violentes. Une majoration des indications des autopsies et des examens complémentaires permettrait d'améliorer cette connaissance et, par là même, d'authentifier des homicides passés inaperçus.

Mots clés / Keywords

Autopsie médico-légale, mort violente, levée de corps, anatomopathologie, toxicology / Medico-legal autopsy, violent death, external examination of the body, anatomopathology, toxicology

Role of forensic medicine and complementary examinations performed in Bas-Rhin (France) during the year 2008 in the investigation of violent deaths

In France, studies on violent deaths cases have rarely been conducted by the Institutes of Legal Medicine, and the number of violent deaths is underestimated by the national statistics of CepiDc. Our retrospective study was carried out on 149 cases of autopsies performed during the year 2008 of the Institute of Legal Medicine of Strasbourg. Its goal was to emphasize the role of forensic autopsy and complementary examinations to determine the circumstances and cause of death. Over 149 cases autopsied, 64% were categorized as violent death within, 26% after the external examination, 2% after the autopsy, 26% after toxicological investigations, 5% after anatomological examinations and 5% after limnological examinations. Despite complementary, toxicological and pathological investigations, the cause of death remained unspecified for 3% of the cases. In 6% of the cases, neither toxicological examination in the context of lethal intoxication nor limnological examinations in a context of drowning were requested by the judge. So no cause of death was clearly established.

In conclusion, our study underlined the preponderant role of forensic autopsy and complementary examinations in the investigation of violent death. The increase of indications for forensic investigations will permit to diagnose unsuspected cases of homicides.