



HAL
open science

Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier : évaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy

Audrey Giordano

► To cite this version:

Audrey Giordano. Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier : évaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00629224

HAL Id: dumas-00629224

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629224v1>

Submitted on 5 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011

MODALITES DE POSE DE L'OBSTACLE MEDICO-LEGAL EN PRE-
HOSPITALIER : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DANS LA REGION D'ANNECY

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT DE MEDECINE GENERALE

GIORDANO Audrey

Née le 13 Avril 1983 à Saint Martin d'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE

Le 22 Septembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Mr le Professeur L. BARRET

Membres :

Mme le Professeur F. CARPENTIER

Mr le Docteur F. PAYSANT

Mr le Docteur T. ROUPIOZ

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. Définition et indications de l'obstacle médico-légal.....	8
1.1. Les textes français	9
1.2. Les textes européens	9
2. En pratique sur le territoire français	10
MATERIEL ET METHODE	12
1. Objectifs de l'étude.....	12
2. Modalités de réalisation	12
3. Description des questionnaires.....	13
4. Tests statistiques.....	14
RESULTATS	16
1. Description de la population.....	16
1.1. Descriptif de la population médicale répondante	16
1.2. Descriptif des patients inclus	16
2. Comparaison avec les recommandations européennes.....	19
2.1. Indications des obstacles médico-légaux.....	20
2.2. Respect des recommandations européennes	21

3. Analyses des facteurs influençant la pose de l'obstacle médico-légal.....	22
3.1. Age.....	22
3.2. Sexe	24
3.3. Examen de corps.....	24
3.4. Lieu de décès	25
3.5. Descriptif du type d'obstacle médico-légal.....	25
4. Analyse de la suite donnée aux obstacles médico-légaux.....	25
DISCUSSION	28
1. Les biais de l'étude	28
2. Comparaison avec les données de la littérature	28
2.1. Résultats généraux.....	29
2.2. Circonstances de décès et obstacle médico-légal.....	31
2.2.1. Le décès inattendu du sujet jeune	31
2.2.2. Le décès chez la personne âgée.....	32
2.2.3. Le suicide.....	33
2.2.4. Les décès intra-hospitaliers	34
3. Eléments significatifs.....	35
4. Pratique française : signification de l'obstacle médico-légal et autopsie	36
4.1. L'obstacle médico-légal.....	36
4.2. Rôle du parquet	38
4.3. Pratique de l'autopsie.....	39
4.4. Réforme française de la médecine légale	40

CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	49

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Barret, pour m'offrir l'opportunité d'exercer une spécialité passionnante au sein de son équipe, et me faire l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Professeur Carpentier pour me faire l'honneur de juger ce travail.

A François Paysant pour l'accueil bienveillant qu'il m'a réservé, et la disponibilité dont il a fait preuve tout au long de mon apprentissage. J'ai pu mener à bien mon projet de formation grâce à votre appui, et je vous en remercie.

A Thierry Roupioz qui a dirigé cette thèse, pour l'enthousiasme avec lequel il a accueilli mon projet, et son aide précieuse pour la mise en œuvre de ce travail.

A Virginie Scolan pour l'intérêt qu'elle a porté à mon travail, et l'investissement et l'énergie avec lesquels elle a guidé ma formation. J'ai pu grâce à vous progresser dans les meilleures conditions, et je vous en suis reconnaissante.

Aux Dr Roland et Dr Barret pour m'avoir accueillie dans leur consultation, et m'avoir enseigné les bases de l'expertise. J'ai beaucoup appris auprès de vous.

A toute l'équipe médicale et paramédicale du SAMU 74, pour l'accueil chaleureux qu'ils m'ont réservé lors de mon passage parmi eux, et la contribution essentielle qu'ils ont apportés à ce travail.

A Maria, Virginie et Lucie, pour le plaisir que j'ai eu à travailler avec elles.

A Isabelle et tous les soignants du 3^{ème} B, pour leur compétence et leur bonne humeur. J'ai passé parmi vous un semestre très agréable et riche d'enseignements.

Aux secrétaires Frédérique, Anne, Rachel, Cécile et Muriel pour leur gentillesse et leur disponibilité.

A mes parents, dont l'amour et la présence à mes côtés a été le gage de ma réussite.

A mes grands parents, dont la fierté de me voir médecin n'a d'égal que ma joie de les rendre heureux.

A mon frère, que je sais perplexe devant mon intérêt pour la médecine légale, mais qui a la bienveillance de garder ses réserves pour lui en écoutant le récit de mes journées.

A Youssef, pour son soutien indéfectible, son énergie communicative et sa présence réconfortante.

A mes amis.

RESUME

Les recommandations européennes en vigueur depuis le deux février 1999 préconisent la pose d'un obstacle médico-légal dans de larges indications, qui pourraient être difficiles à mettre en application.

Cette étude a pour objectif d'étudier la pratique des médecins intervenant en pré-hospitalier, quant à la pose de l'obstacle médico-légal, et de la comparer aux recommandations européennes.

Nous avons également cherché à mettre en évidence les facteurs influençant la pose d'un obstacle médico-légal. Enfin, nous nous sommes intéressés à la suite donnée à l'obstacle médico-légal, et notamment la pratique de l'autopsie.

Il s'agit d'une enquête descriptive par questionnaire. Elle a été menée au sein de l'équipe médicale du SMUR du Centre Hospitalier d'Annecy en Haute-Savoie, durant 7 mois entre août 2010 et février 2011.

Au terme de cette étude, et comparativement aux recommandations européennes en matière d'autopsie, il apparaît que les indications de l'obstacle médico-légal sont moyennement respectées. Les décès par suicide et les décès inattendus du sujet jeune sont insuffisamment signalés. D'autre part, en matière d'autopsie, la pratique française est très éloignée des recommandations européennes.

INTRODUCTION

Les recommandations européennes en vigueur depuis le deux février 1999 préconisent la réalisation d'autopsies dans de larges indications, et l'application de ces recommandations en terme d'obstacle médico-légal pourrait être difficile à appliquer en pratique.

1. Définition et indications de l'obstacle médico-légal

Au-delà du constat médical, la mort est également un fait juridique. Par conséquent, afin d'assurer l'ordre judiciaire, toute mort violente, inattendue ou suspecte doit être signalée aux autorités judiciaires par l'intermédiaire du certificat de décès : c'est la fonction de l'obstacle médico-légal à l'inhumation. Il est du devoir du médecin.

Les indications de l'obstacle médico-légal telles qu'elles sont décrites au dos du certificat de décès (en vigueur depuis le premier janvier 1998), recouvrent tout « *suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction* ». (Annexe 1)

L'Ordre National des Médecins a reprecisé ces indications en janvier 1999, en établissant une liste de recommandations plus exhaustive.¹ Celle-ci préconise la pose de l'obstacle médico-légal dans les cas de mort violente et suspecte (suicide), mort engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical), mort mettant en jeu une législation particulière (accidents du travail, maladies professionnelles, pension militaire), et mort subite de l'adulte ou de l'enfant.

Sur le plan de la loi, plusieurs textes font mention du certificat de décès, au niveau national et européen.

1.1. Les textes français

Dans le droit français, la question du certificat de décès est abordée dans les codes civil et de procédure pénale.

L'article 81 du Code Civil stipule 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 ou en chirurgie, aura dressé un procès-verbal de l'état du cadavre (...) »*.²

L'article 74 du code de procédure pénale, énonce qu'en cas de *« découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations. Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. »*.³

1.2. Les textes européens

Sur le plan européen, la recommandation N°R(99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale a été adoptée le deux février 1999.⁴ Elle préconise la réalisation d'autopsie *« dans les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée (...), en*

particulier dans les cas (...) d'homicide ou suspicion d'homicide, mort subite inattendue y compris la mort subite du nourrisson, violation des droits de l'homme telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement, suicide ou suspicion de suicide, suspicion de faute médicale, accident de transport, de travail ou domestique, maladie professionnelle, catastrophe naturelle ou technologique, décès en détention ou associé à des actions de police ou militaire, corps non identifiés ou restes squelettiques.».

2. En pratique sur le territoire français

La pose d'un obstacle médico-légal est transmise au parquet, qui décide de la suite à donner. Il peut choisir de faire procéder à un examen ou une levée de corps par un médecin légiste, et/ou une autopsie médico-légale.

Le magistrat reste donc le seul juge quant à la réalisation de ces actes. Notons que même dans le cas d'un certificat de décès signé sans obstacle médico-légal, le parquet peut demander la réalisation d'une autopsie, fait rare en pratique.

Lors de la survenue d'un décès sur la voie ou lieu public ou à domicile qui ne présente pas les indications d'obstacle médico-légal, la famille peut être à l'initiative d'une demande d'autopsie dite scientifique, visant à établir le diagnostic étiologique post mortem des causes du décès. Néanmoins cette pratique est de moins en moins usitée en France (actuellement 5% des décès), et la réalisation d'une autopsie scientifique est rarement obtenue. De plus, dans le cadre des décès hors établissement de santé, la réalisation de cette autopsie scientifique se trouve confrontée à un cadre administratif et législatif la rendant quasiment impossible.

Par conséquent il peut être tentant pour le médecin, de façon consciente ou non, de relayer cette demande d'investigations par le biais de l'obstacle médico-légal de manière injustifiée.

Cette mesure pourrait contribuer à la pose d'obstacle médico-légal par excès.

Cette étude a pour objectif d'étudier la pratique des médecins intervenant en pré-hospitalier, quant à la pose de l'obstacle médico-légal, et de la comparer aux recommandations européennes.

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est de comparer aux recommandations européennes les modalités de pose de l'obstacle médico-légal lors des interventions pré-hospitalières en France: quels sont les facteurs influençant la pose d'un obstacle médico-légal ? Quelles sont les indications le moins souvent respectées en pratique quotidienne de médecine d'urgence ?

Nous étudierons également les suites médico-légales données lorsque le certificat de décès a été signé en obstacle médico-légal.

2. Modalités de réalisation

Il s'agit d'une étude épidémiologique d'observation transversale, descriptive et quantitative. L'enquête a été réalisée par questionnaire.

Le seul critère d'inclusion était le constat de décès ; la consigne formalisée par l'étude était de remplir un questionnaire au décours de chaque intervention durant laquelle était signé un certificat de décès. Néanmoins, les cas de morts subites du nourrisson n'ont pas été inclus.

L'étude a été menée au Centre Hospitalier d'Annecy en Haute-Savoie (74), en région Rhône-Alpes, au sein de l'équipe médicale du SMUR, sur 7 mois entre août 2010 et février 2011.

La ville d'Annecy compte environ 50.000 habitants, pour une agglomération de 208.000 personnes.

L'équipe du SMUR de l'Hôpital d'Annecy est composée de 29 Docteurs en médecine et un interne, entre 28 et 48 ans. 21 d'entre eux ont répondu au questionnaire.

Afin de ne pas biaiser les résultats, trois médecins ont été exclus de l'étude, car ils étaient détenteurs d'une capacité de médecine légale, ou en passe de l'obtenir.

L'équipe médicale a été informée des objectifs et du cadre de l'étude, ainsi que des modalités de remplissage des questionnaires, par courriel puis au cours d'une réunion.

3. Description des questionnaires

Une première série de questionnaires (version provisoire) a été testée au cours du mois de juillet 2010. Au décours de cette période de test d'un mois, les questionnaires ont été adaptés et quelque peu modifiés, afin de les rendre plus lisibles et appropriés à la pratique de terrain. Le recueil effectif des données avec la version définitive a débuté en août 2010.

Le questionnaire se présente sous forme d'une fiche format A4, imprimée en recto-verso, (annexe 2). Il était mis à disposition des équipes dans les sacs d'intervention, rempli sur le lieu de la prise en charge puis collecté au secrétariat du SMUR.

Il comporte 17 questions, de type questions filtres, ouvertes et à choix multiple, ainsi qu'un schéma de corps à compléter le cas échéant ; il se divise en trois parties :

- Une première partie dédiée au recueil des informations propres au patient, telles que l'état civil et les antécédents.
- Une seconde partie s'intéressant au déroulement de l'intervention (circonstances de découverte du patient, pratique d'une réanimation, examen du corps). Nous appelons « examen de corps » une inspection soigneuse du corps après déshabillage.

- Enfin une troisième partie concernant l'obstacle médico-légal. La première question posée est une question filtre : « Y a-t-il eu un obstacle médico-légal ? ».

En cas de réponse positive, le répondant est envoyé vers une première question à choix multiple. Celle-ci permet de choisir l'indication retenue parmi les quatre causes d'obstacle médico-légal définies par l'Ordre des Médecins en 1999, qui sont « mort violente et suspecte, mort engageant une responsabilité, mort mettant en jeu une législation particulière (accidents du travail), mort subite ». Une seconde question, binaire, fait préciser si « L'obstacle médico-légal a été posé en présence d'une autorité (police ou gendarmerie) ».

En cas de réponse négative fait suite une question à réponse ouverte et courte en deux parties, la première étant « Pourquoi n'y a-t'il pas eu d'obstacle médico-légal », et la seconde « Quelle est la cause de la mort ».

Le schéma au verso est utilisé pour donner une représentation du corps en cas de lésions visibles.

Notons que le questionnaire présente également un champ pour inscrire le nom du médecin répondant et la date.

4. Tests statistiques

Le test du Chi-deux a été employé pour examiner les différences inter-groupe pour des groupes d'au moins cinq patients. Pour des effectifs inférieurs, c'est le test de Fischer qui a été utilisé.

Une valeur de P à moins de 0,05 a été considérée comme indiquant une signification statistique.

Le Kappa de Cohen a été utilisé pour mesurer l'accord entre plusieurs observateurs intra-classe.

Nous avons utilisé les logiciels SPSS et 2007-Statistics Utilities.

RESULTATS

1. Description de la population

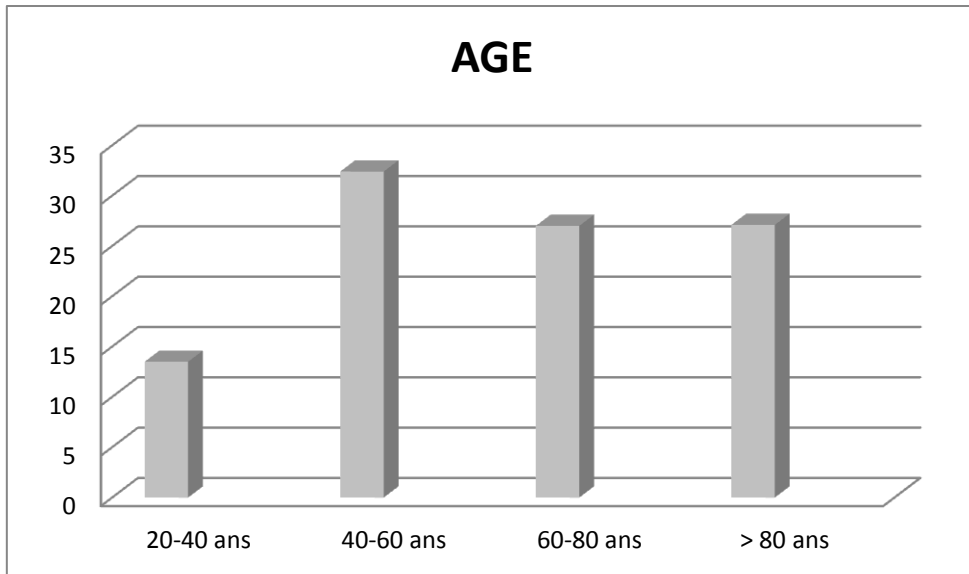
1.1. Descriptif de la population médicale répondante

21 médecins (72% des médecins exerçant au SMUR) entre 28 et 48 ans ont répondu aux questionnaires, dont six femmes et quinze hommes. Parmi eux, 13 (62%) exercent exclusivement au SMUR, et 8 (38%) partagent leur activité avec un autre service (service d'urgence ou de réanimation). Le nombre de questionnaires remplis par médecin varie entre un et neuf.

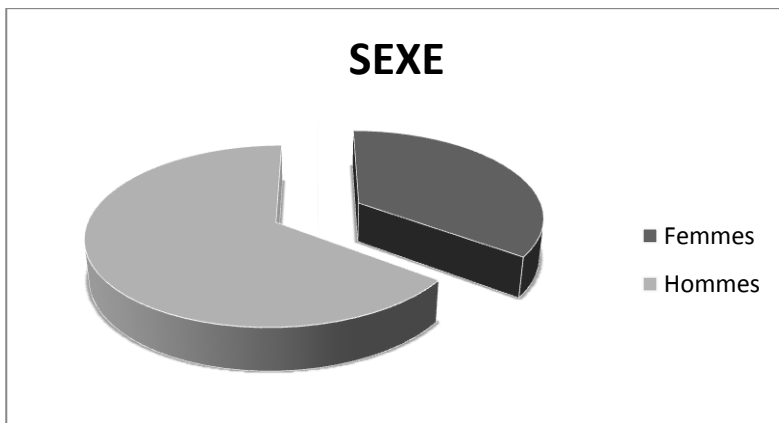
1.2. Descriptif des patients inclus

Durant les 7 mois qu'a duré cette étude, nous avons recensé 155 patients éligibles, correspondant aux 155 certificats de décès signés au cours des 3854 interventions du SMUR. 37 patients ont été inclus, soit 23,9%.

L'âge moyen des patients inclus est de 63.57 ans, les âges extrêmes de 28 et 97 ans. 17 patients (45.9%) ont entre 28 et 59 ans, 20 (54.1%) sont âgés de plus de 60 ans.

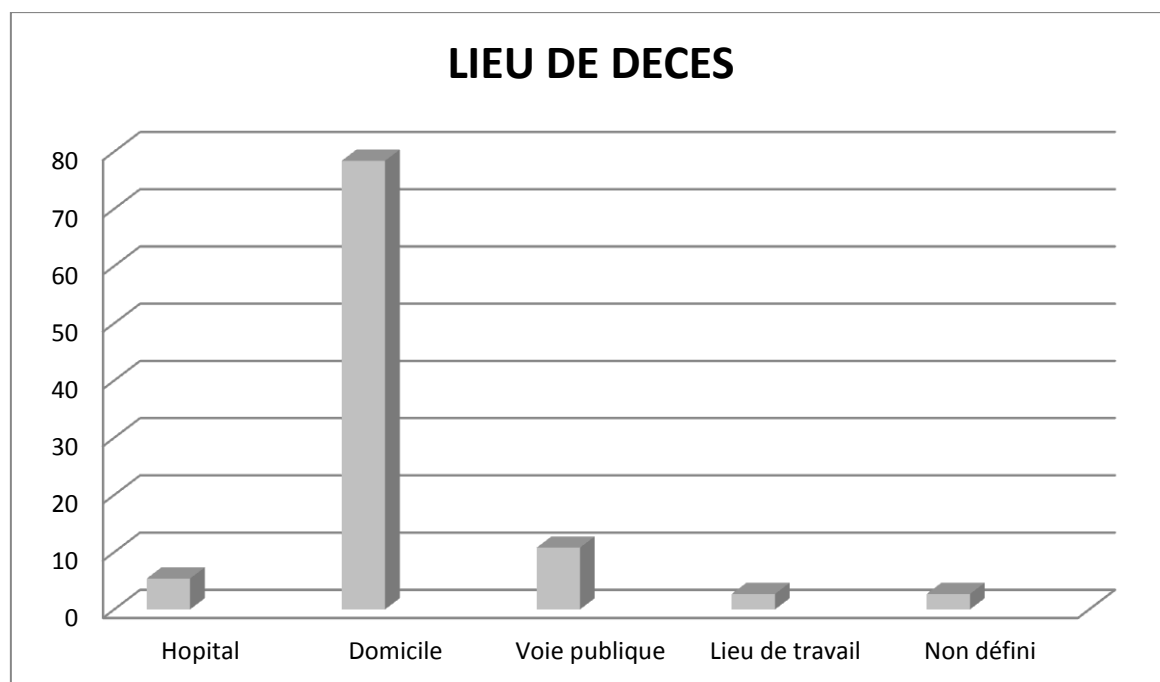


On dénombre 13 femmes (35.1%) et 24 hommes (64.9%).



Les informations recueillies sur le lieu de décès quand aux antécédents (consultation du dossier médical, enquête auprès de témoins), retrouvent pour 10.8% (4 patients) des conduites addictives, pour 13.5% (5 patients) des antécédents psychiatriques, et pour 16.2% (6 patients) des antécédents cardio-vasculaires.

Concernant le lieu du décès, il s'agit du lieu de travail pour 2.7% des cas, de l'hôpital pour 5.4%, de la voie publique pour 10.8%, du domicile pour 78.4%; il est non renseigné dans 2.7% des cas.



29 patients (78.4%) ont eu un examen de corps avant la signature du certificat de décès.

Il existe des lésions visibles chez 16 (43.2%) patients, à type de contusions chez 2 patients, lésions de strangulation chez 4 patients, extériorisation d'une hémorragie chez 5 patients, et plaie chez 6 patients, un patient présentant une plaie hémorragique.

Au cours de 5 interventions (13,5%), l'avis d'un médecin légiste a été sollicité par téléphone : par la suite, 4 certificats de décès ont été signés en obstacle médico-légal, et un sans obstacle.

Un obstacle médico-légal a été posé pour 17 patients (45.9%).

L'obstacle médico-légal a été posé en présence d'une autorité dans 75% des cas (police ou gendarmerie).

2. Comparaison avec les recommandations européennes

Les fiches recueillies ont été relues à posteriori et indépendamment par deux médecins légistes du CHU de Grenoble, qui se sont prononcés sur l'indication ou non d'une autopsie en regard des recommandations européennes.

La notion d'obstacle médico-légal n'existe qu'en France. Par conséquent nous avons considéré pour les besoins de l'étude, que les recommandations européennes étaient respectées lorsque le certificat de décès était signé en obstacle médico-légal dans un cas relevant des indications européennes, et ce, indépendamment de la réalisation ultérieure d'une autopsie, notre objectif étant d'étudier la pratique des médecins urgentistes, la décision de l'autopsie n'étant pas de leur ressort.

Dans notre étude les recommandations européennes ont été respectées dans 83.8% des cas.

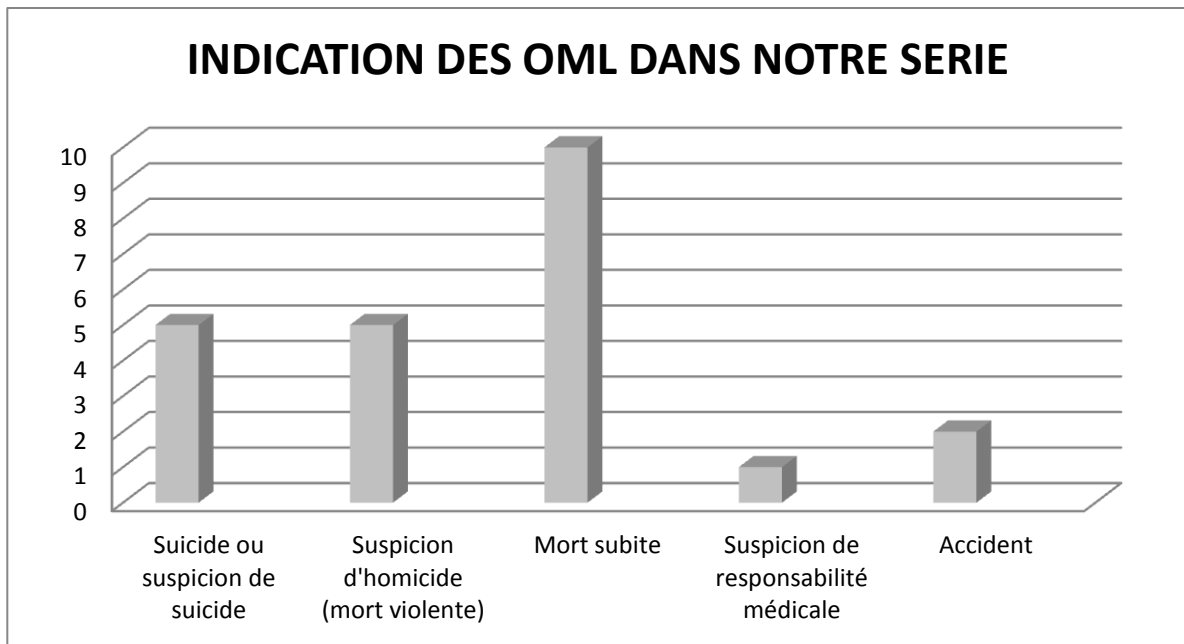


2.1. Indications des obstacles médico-légaux

Dans notre série de 37 patients, 17 certificats de décès ont été signés en obstacle médico-légal, et 20 sans obstacle.

Selon les recommandations européennes, un obstacle médico-légal était indiqué chez 23 patients (62.2%).

- Dans cinq cas il s'agissait de suicides par pendaison, dont deux cas de pendaison incomplète, et une sur le lieu de travail.
- Cinq cas devaient être traités comme des suspicions d'homicide, soit du fait de circonstances de découverte suspectes (un jeune patient de 31 ans hébergé en foyer, retrouvé par son compagnon de chambre la face écrasée contre l'oreiller), soit du fait de la présence de signes traumatiques (quatre cas présentaient respectivement une contusion maxillaire, une plaie occipitale, une plaie frontale, et une fracture du vertex).
- Dans dix cas il s'agissait de mort subite, la cause du décès n'étant pas connue chez un sujet jeune. Ces patients avaient entre 31 et 64 ans, ils ont été découverts par des proches ou à la suite d'une ouverture de porte par les pompiers, et deux étaient en état de décomposition. Il n'existait pas de lésion expliquant le décès.
- Un cas engageait possiblement une responsabilité médicale. Il s'agissait d'un décès brutal par arrêt cardiaque survenu devant témoins, dans les suites d'une douleur au bras gauche évoluant depuis quelques jours et traitée par anti-inflammatoires.
- Enfin deux cas relevaient d'accidents, un accident de plongée aquatique et un accident de la voie publique.



2.2. Respect des recommandations européennes

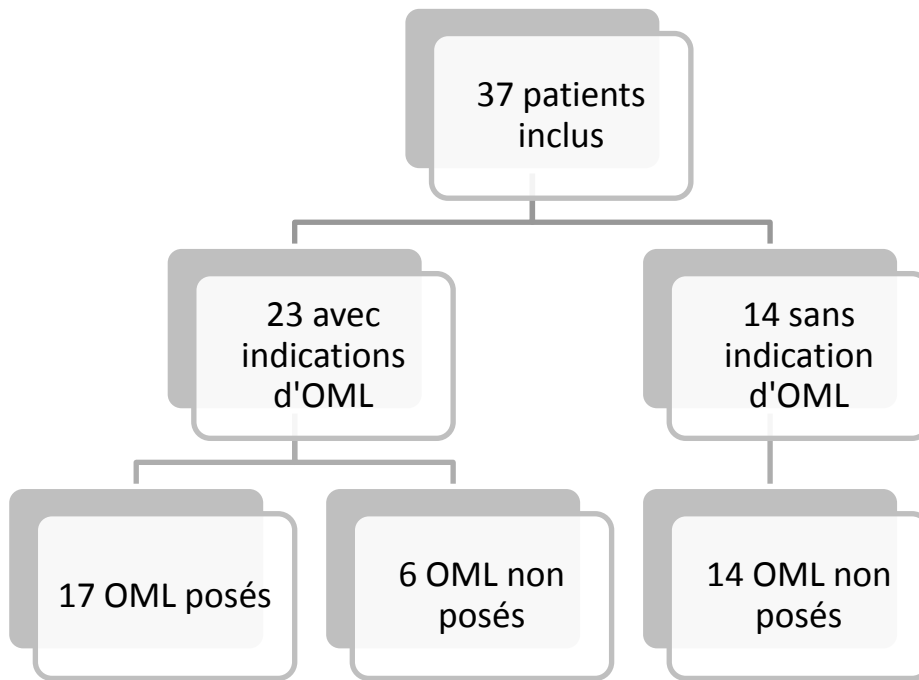
Parmi ces 23 cas d'indication théorique, l'obstacle médico-légal a effectivement été posé chez 17 patients (73.9%).

Par conséquent six certificats (26,1% des décès) auraient du être signés en obstacle médico-légal et ne l'ont pas été Parmi ces six cas on compte :

- deux pendaisons dont une sur le lieu de travail,
- quatre décès inexplicés chez des sujets jeunes ne présentant pas ou peu d'antécédents.

Par ailleurs, parmi les 14 patients pour lesquels l'obstacle médico-légal n'était pas indiqué, les recommandations européennes sont respectées dans 100% des cas. Il s'agissait de décès attendus, ou de patients âgés et polypathologiques.

L'analyse statistique montre un accord fort entre ces valeurs (Test Kappa de Cohen à 0,682).



3. Analyses des facteurs influençant la pose de l'obstacle médico-légal

3.1. Age

Nous avons divisé la population en plus et moins de 60 ans afin d'avoir deux groupes comparables en nombre.

L'âge moyen des patients pour lequel a été signé un obstacle médico-légal est de 49,82 ans, contre 75,25 ans pour ceux dont le certificat n'en comporte pas.

Parmi les patients de moins de 60 ans, 14 (82.4%) ont eu un obstacle médico-légal à l'inhumation. Tous étaient justifiés en regard des recommandations européennes.

A l'inverse chez les trois autres patients, l'obstacle médico-légal était indiqué mais n'a pas été réalisé :

- un cas de pendaison sur le lieu de travail,
- un cas d'arrêt cardio-respiratoire inexpliqué compte-tenu de l'âge et des antécédents,

- et un cas de décès inexpliqué et dont les circonstances de découverte étaient suspectes.

Toutes situations confondues, chez les moins de 60 ans, on constate que les recommandations européennes sont respectées dans 82.4% des cas.

Parmi les patients de plus de 60 ans, seulement trois (15%) ont eu un obstacle médico-légal, justifié dans 100% des cas.

Dans trois cas de notre série, l'obstacle médico-légal était indiqué mais n'a pas été retenu :

- un cas de pendaison incomplète,
- et deux cas d'arrêt cardio-respiratoire inexpliqué compte-tenu des antécédents.

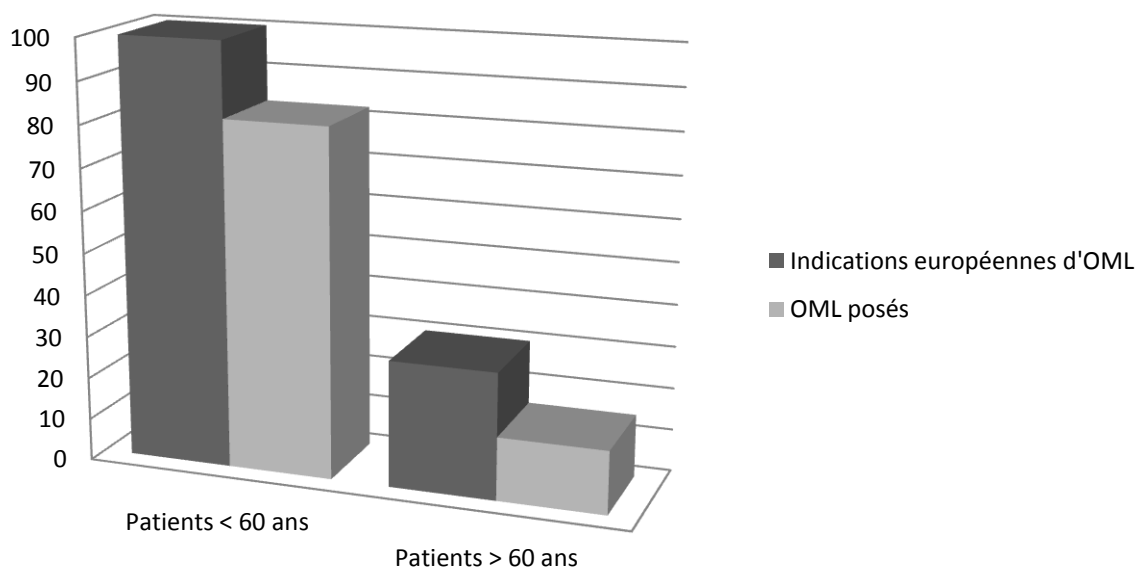
Dans tous les autres cas, il n'y avait pas d'indication d'obstacle médico-légal.

On constate dans cette tranche d'âge que les recommandations européennes sont respectées à 85%.

On constate que les obstacles médico-légaux sont posés majoritairement chez les sujets jeunes (moins de 60 ans) de manière significative (test exact de Fisher, $p < 0,001$).

Par contre on ne retrouve pas de différence significative dans l'application des recommandations européennes en fonction de l'âge (test exact de Fisher, $p = 1$).

RESPECT DES INDICATIONS EUROPEENNES D'OML SELON L'AGE DANS NOTRE SERIE



3.2. Sexe

L'analyse par sexe établit que l'obstacle médico-légal est posé à 41.2% chez les femmes, et à 58.8% chez les hommes.

Les recommandations européennes sont respectées à 84.6% chez les femmes, et à 83.3% chez les hommes. Néanmoins il n'existe pas de différence significative en fonction du sexe d'après le test de Fisher ($p = 1$).

3.3. Examen de corps

Les patients ayant eu un examen de corps ont eu un obstacle médico-légal pour 48.3% d'entre eux.

Lorsqu'il y a eu un examen de corps, les recommandations européennes sont respectées à 82.8% . Lorsqu'il n'a pas été réalisé, elles sont respectées à 87.5%.

Il n'y a pas de différence significative selon le test exact de Fischer ($p = 1$).

3.4. Lieu de décès

Les recommandations européennes sont appliquées à 100% en cas de décès à l'hôpital (2 patients), à 86.2% lorsque le corps est découvert à domicile (29 patients), à 75% en cas de décès sur la voie publique (4 patients) ; dans le cas du patient retrouvé sur son lieu de travail, elles n'ont pas été appliquées.

L'analyse prenant en compte le lieu de décès ne montre pas de différence significative d'application des recommandations européennes (test du Chi-deux, $p = 0,16$).

3.5. Descriptif du type d'obstacle médico-légal

La motivation de l'obstacle médico-légal est « mort violente » pour 11 patients (64.7%), « mort subite » pour 4 patients (23.5%), et « mort engageant une responsabilité » pour 2 patients (11.8%).

Quelque soit le motif justifiant l'obstacle médico-légal, il est conforme aux recommandations européennes dans 100% des cas.

4. Analyse de la suite donnée aux obstacles médico-légaux

Parmi les 17 patients dont le certificat de décès a été signé en obstacle médico-légal, une levée de corps par un médecin légiste a été réalisée dans tous les cas.

Pour quatre patients (23,5%), des analyses toxicologiques ont été effectuées. Il s'agissait de:

- un corps retrouvé putréfié, pour lequel l'expertise toxicologique a conclu à une mort d'origine toxique par surdosage médicamenteux (Benzodiazépine, Inhibiteur sélectif de la recapture de la monoamine et opiacés morphinique); des boîtes de médicaments correspondantes avaient été retrouvées au domicile de la patiente.

- Une patiente de 42 ans retrouvée décédée assise à table, et présentant une contusion maxillaire, pour laquelle le bilan biologique retrouvait un bilan lipidique perturbé. La coexistence d'un éthylo-tabagisme chronique a fait posé le diagnostic d'une probable cause cardiaque au décès.

- Un patient de 61 ans retrouvé dans son jardin, pour lequel a été mis en évidence un surdosage médicamenteux associé à une prise massive d'alcool.

- Un patient de 31 ans, dont le bilan biologique a révélé un surdosage médicamenteux associé à la prise de cannabis et de méthadone, responsables d'un arrêt respiratoire.

Pour deux patients une autopsie a été réalisée.

- L'une concerne une patiente de 59 ans, retrouvée décédée face contre terre et présentant une plaie frontale. L'autopsie n'a pas mis en évidence de stigmates évoquant l'intervention d'un tiers, et l'hypothèse d'un décès d'origine traumatique a été écartée. L'autopsie et les constatations macroscopiques n'ont pas permis de préciser la cause du décès, mais il a été mis en évidence des lésions d'emphysème pulmonaire d'une part, et d'athérome avec atteinte coronarienne d'autre part, participant à un état pathologique antérieur. Des prélèvements anatomopathologiques ont été réalisés dont les résultats n'ont pas encore été rendus.

- L'autre concerne un homme de 31 ans aux antécédents d'éthylisme, retrouvé inanimé au réveil dans le camping-car où il était hébergé. L'autopsie retrouve un œdème pulmonaire,

ainsi qu'un aspect hépatique en rapport avec une alcoolisation régulière et ancienne ; il n'existe pas de signe traumatique. L'analyse toxicologique est en faveur d'une poly-intoxication assez importante (méthadone, benzodiazépines et alcool). Le décès est donc d'origine accidentelle, consécutif à un surdosage médicamenteux et d'alcool ayant provoqué un effet dépresseur respiratoire fatal.

Dans notre série sur les 17 obstacles médico-légaux posés, seuls 2 ont donc abouti à la réalisation d'une autopsie.

Dans les deux cas il s'agissait d'une mort naturelle.

DISCUSSION

1. Les biais de l'étude

Les questionnaires n'ont pas été remplis de manière systématique, environ une fois sur quatre. Plusieurs facteurs expliquent ce faible taux de participation.

En premier lieu le SMUR participe à plusieurs études médicales, et d'autres questionnaires sont soumis aux médecins ; il est fastidieux pour eux de remplir plusieurs formulaires au décours d'une même intervention, et cette multiplicité peut engendrer des oublis. D'autre part, trois médecins ont été exclus de l'étude du fait de leur formation médico-légale, ce qui diminue le nombre de répondants.

Enfin on peut évoquer le manque de temps. En effet la participation à l'enquête étant basée sur le volontariat, il est possible que les médecins collaborant soient les plus informés ou les plus intéressés par le sujet ; le profil des réponses peut ainsi en être modifié.

Ainsi une partie des patients satisfaisant aux critères d'inclusion a été exclue de l'étude, constituant un biais de sélection. De plus, le faible échantillon de patients diminue la puissance des résultats de l'étude.

La démarche de l'enquête amenant les médecins à justifier leur position quant à la pose d'un obstacle médico-légal peut enfin être un facteur de confusion. En effet, on peut imaginer que la prise de décision peut être influencée par la lecture des recommandations de l'Ordre National des Médecins, rappelées sur le questionnaire lors de son remplissage. On ne peut donc pas exclure que le remplissage du questionnaire modifie le comportement des médecins en les sensibilisant sur le sujet.

2. Comparaison avec les données de la littérature

2.1. Résultats généraux

Dans notre série, les indications européennes d'autopsies ont fait l'objet d'un obstacle médico-légal dans 83,8% des cas.

Parmi les 37 patients inclus, 20 certificats de décès ont été signés sans obstacle médico-légal, et 17 avec obstacle.

Quatorze décès ne relevaient pas d'un obstacle médico-légal, et ont été identifiés et traités comme tels dans 100% des cas : aucun obstacle n'a été posé par excès.

Par contre pour 23 patients le certificat de décès devait être signé en obstacle médico-légal, cela n'a été fait que pour 17 d'entre eux, soit dans 73,9% des cas.

Il ressort donc que les cas de non respect des recommandations européennes, 16,2% des décès dans notre étude, concernent des décès pour lesquels un obstacle médico-légal avait lieu d'être posé mais ne l'a pas été.

Une étude de M. Vignat réalisée avec le SAMU 69 au centre hospitalier Lyon-Sud en 2005, portant sur 236 patients, a retrouvé des résultats comparables.⁵

Il apparaît que les certificats signés en obstacle médico-légal (33% des cas) respectent les recommandations européennes. Les causes les plus fréquemment retrouvées sont la mort violente (60.2%), une cause médicale inattendue (24.3%), les circonstances du décès (détention, voie publique, lieu de travail, cabinet médical : 13% des cas), et un âge jeune isolé (6.4%).

A l'inverse, parmi les décès qualifiés de mort naturelle, survenus en majorité chez des patients jeunes et sans antécédents, il n'est pas identifié de cause du décès dans 19.7% des cas. Ces cas

auraient du faire l'objet d'un obstacle médico-légal, d'autant plus que deux patients sont décédés sur la voie publique, deux par suicide, et deux à la suite de chutes.

Cette étude conclut par conséquent que les certificats signés en obstacle médico-légal sont en accord avec les recommandations.

Concernant les morts naturelles par contre, les résultats sont moins satisfaisants puisqu'une procédure judiciaire n'a pas été déclenchée à tort dans 20% des cas.

Une étude réalisée par C. Combalier en 2005 incluant 281 patients a identifié deux autres facteurs associés à une apposition moins fréquente de l'obstacle médico-légal, qui sont l'âge et la survenue d'une douleur thoracique.⁶

Une enquête de K. Vial-Reyt parue en 2011 s'est attachée à recueillir l'avis des médecins généralistes sur la certification de décès. Il apparaît que les situations nécessitant un obstacle médico-légal à l'inhumation n'étaient pas connues par la majorité des médecins généralistes interrogés.⁷ De plus, même après lecture des recommandations, les avis étaient partagés quand à la justification de certains cas. Les cas faisant le plus débat étaient la mort subite de la personne âgée (une partie estimant qu'au-delà d'un certain âge une mort subite n'était plus suspecte), le suicide et le décès inattendu.

Une autre étude anglaise, menée par R D. Start et publiée en avril 1995 s'est intéressée à la pratique des médecins généralistes.⁸ Les auteurs ont cherché à évaluer leur capacité à reconnaître les décès devant être signalés aux autorités. En effet, au cours de l'année 1992 en Grande-Bretagne, 32% des décès ont été signalés aux autorités par la voie médico-légale, la grande majorité par des médecins généralistes.

Il s'agit d'une enquête par questionnaire interrogeant 196 médecins, dans laquelle ils devaient analyser 12 situations cliniques fictives, et se prononcer sur l'opportunité de déclencher une procédure médico-légale. Le résultat indique le taux de bonnes réponses.

La note moyenne est de 8.5 sur 12, soit environ 71% de bonnes réponses.

Il n'est pas mis en évidence de corrélation entre la note obtenue et l'expérience du praticien.

Par ailleurs une partie des médecins interrogés (10.9%) avait suivi une formation complémentaire médico-légale, leurs résultats ne sont pas significativement meilleurs.

Les cas les mieux identifiés comme devant être signalés aux autorités sont les décès par suicide et les maladies professionnelles notamment pulmonaires. Les accidents domestiques impliquant les personnes âgées sont en revanche peu ou pas signalés.

Globalement, la majorité des cas signalés sont ceux où la cause du décès n'est pas connue du praticien.

2.2. Circonstances de décès et obstacle médico-légal

Si l'on analyse les circonstances des décès relevant d'un obstacle médico-légal mais non identifiés comme tels, on relève également des similitudes.

2.2.1. Le décès inattendu du sujet jeune

La mort subite inattendue correspond au décès brutal d'un individu en bonne santé apparente.⁹

Dans l'étude Lyonnaise de M. Vignat, la majorité des patients (58%) avaient moins de 60 ans et aucun antécédent.⁵

Dans notre série on compte quatre décès de cause inconnue chez des sujets jeunes de moins de 60 ans, et ne présentant pas ou peu d'antécédents.

Ils regroupent :

- un patient de 57 ans présentant comme seul antécédent connu une hypertension artérielle, retrouvé suite à une ouverture de porte par les pompiers,
- un patient de 64 ans, éthylo-tabagique d'après l'entourage, retrouvé par un proche décédé dans son jardin,
- un patient de 43 ans décédé en forêt,
- un patient de 64 ans aux antécédents d'hypertension artérielle, décédé alors qu'il était seul la nuit. Dans ce dernier cas, l'anamnèse retrouve une douleur thoracique la veille au soir pour laquelle le patient avait refusé de consulter.

Dans aucun de ces cas l'avis d'un légiste n'a été sollicité.

Ces similarités mettent en évidence la problématique posée par le décès inattendu du sujet jeune. En effet dans la mesure où aucun élément évoquant la responsabilité d'un tiers n'est mis en évidence lors du constat de décès, le certificat est souvent signé sans obstacle médico-légal. Ainsi, une étude de 2007 rapporte que près de 11% des médecins interrogés ne cochent jamais la case « Obstacle médico-légal » en cas de mort subite inattendue.¹⁰

Pourtant la mort subite de l'adulte est clairement une indication d'obstacle médico-légal.

2.2.2. Le décès chez la personne âgée

L'étude de C. Combalier établit que l'âge avancé est associé à une apposition moins fréquente de l'obstacle médico-légal.⁶

De plus, R D. Start souligne des manquements quand aux signalements des accidents domestiques des personnes âgées.⁸

Nous n'obtenons pas de tels résultats. En effet concernant l'âge, il n'existe pas de différence significative dans l'application des recommandations européennes. Toutefois cela peut être dû à un défaut de puissance de l'étude du fait du petit nombre de patients inclus.

A propos de l'accident domestique, il est plus difficile de répondre. Les trois cas d'omission d'obstacle médico-légal chez la personne âgée dans notre série concernent une patiente décédée par pendaison, un patient décédé dans les suites d'une douleur thoracique, et un patient retrouvé à plat ventre dans son jardin, sans lésion visible.

Pour ce dernier cas, il est difficile d'éliminer formellement l'accident domestique compte-tenu du peu d'éléments fournis par l'examen du corps et l'inspection du lieu de découverte.

2.2.3. Le suicide

Dans l'étude de M. Vignat, parmi les certificats de décès signés sans obstacle médico-légal, deux patients étaient décédés de suicide.⁵

Dans notre série, on retrouve également deux décès par suicide survenus suite à une pendaison :

- Dans un des cas elle est survenue sur le lieu de travail chez un patient de 54 ans ; un avis téléphonique auprès d'un médecin légiste a été demandé, et l'indication d'obstacle a été récusée car une lettre d'adieu a été retrouvée sur les lieux.
- Dans le second cas il s'agissait d'une patiente de 87 ans, retrouvée à son domicile pendue à un radiateur à l'aide d'une ceinture ; l'avis des légistes n'a pas été sollicité.

Enfin dans l'étude de K. Vial-Reyt, le suicide était désigné par les médecins généralistes comme une difficulté lors de la signature du certificat de décès.⁷ Plusieurs d'entre eux expliquaient s'appuyer sur les forces de police et signer le certificat sans obstacle « *avec l'autorisation des gendarmes* ».

Il apparaît donc que le décès par suicide est une situation problématique, dans laquelle le certificat est souvent signé sans obstacle médico-légal.

Pourtant il s'agit d'une mort violente telle que dénommée dans la circulaire de l'Ordre National des Médecins de janvier 1999.¹ La recommandation européenne N°R(99)3 elle, indique explicitement que le « *suicide ou suspicion de suicide* » est une indication d'autopsie médico-légale.⁴

Notons qu'à l'inverse, l'étude anglaise de R D. Start souligne que les suicides sont le plus souvent signalés aux autorités.⁸

Un article de D. Malicier paru en 2005, insiste sur le fait que la prudence est l'apanage du médecin, qui se doit par conséquent de signer un obstacle médico-légal dans toutes les situations de mort violente, et qu'il convient donc d'être particulièrement prudent en matière de suicide.¹¹ Malgré tout 53% des médecins signeraient le certificat de décès sans obstacle médico-légal.¹²

2.2.4. Les décès intra-hospitaliers

Une seconde étude de R D. Start publiée en 1993 apporte un éclairage complémentaire, puisqu'elle a été menée cette fois-ci parmi des médecins hospitaliers selon le même principe de situations fictives.¹³ La moyenne obtenue était ici de 9,11/16, soit environ

57% de bonnes réponses, les défauts de signalement portant en majorité sur les décès survenus à la suite d'actes chirurgicaux ou de soins médicaux. Ce résultat est sensiblement inférieur à celui obtenu par les médecins généralistes pour les décès extra-hospitaliers.

R D Start au cours d'une autre publication de 1996 rapporte les résultats d'une enquête menée au sein de l'hôpital Royal Hallamshire et s'intéressant aux suites médico-légales données aux décès inattendus intra-hospitaliers.¹⁴

Sur une année, un avis auprès des médecins légistes a été demandé dans 38% des cas et 12% des patients ont finalement été autopsiés. Parmi les cas présentés pour avis médico-légal, 31% ont donc justifié d'une autopsie.

Ces résultats sont peu comparables aux nôtres, puisqu'ils concernent des cas de décès intra-hospitaliers, mais il est néanmoins intéressant de noter l'explication apportée pour les défauts de signalement médico-légal des décès inattendus. D'après l'auteur, ils tiennent aux complications occasionnées par ces procédures, à savoir difficultés administratives, allongement du délai de mise en bière, et pénibilité pour la famille.

3. Eléments significatifs

L'analyse de nos résultats comparés à ceux de la littérature fait ressortir plusieurs points.

Le premier est la mort subite du sujet jeune qui est insuffisamment signalée. En effet, l'analyse des cas où l'obstacle médico-légal fait défaut retrouve quatre cas de décès inexpliqués chez des sujets jeunes n'ayant pas ou peu d'antécédents, et n'ayant pas été signalés.

Néanmoins, et ce contrairement à l'étude française de C. Combalier, nous ne retrouvons pas de différence significative dans l'application des recommandations en fonction de l'âge.⁶

Le second concerne les décès par suicide, qui bien que définis comme une indication d'obstacle-médico-légal sont inconstamment traités comme tels, du moins en France (une étude anglaise a retrouvé un résultat contraire).⁸

Fait intéressant, R.D. Start a noté que le large recours aux avis médico-légaux est favorisé par la disponibilité locale des médecins légistes, facilement joignables en cas de besoin.¹⁴

K. Reyt-Vial avait également observé que la mise en place d'une astreinte de médecine légale était plébiscitée par les médecins interrogés.⁷

4. Pratique française : signification de l'obstacle médico-légal et autopsie

4.1. L'obstacle médico-légal

Au regard de notre étude et des données de la littérature, il nous semble licite de poser la question de la signification de l'obstacle médico-légal et de son objet.

Il s'agit d'une considération purement hexagonale, puisque la notion d'obstacle médico-légal n'existe qu'en France. Et sa définition n'est pas explicite.

Fait important, le terme d'« obstacle médico-légal » n'apparaît nulle part dans le droit français bien qu'il s'agisse d'un concept tant judiciaire que médical.

D'après l'annotation au dos du certificat de décès, l'obstacle médico-légal concerne le « *décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction* ».

Cette notion d'infraction concorde avec l'article 81 du Code Civil, qui appelle à faire intervenir un officier de police judiciaire avant d'autoriser l'inhumation lorsqu'apparaissent des « *indices de mort violente* ». ²

La définition est étendue aux décès de « *cause inconnue ou suspecte* » dans l'article 74 du Code de Procédure Pénale : il n'est plus question d'infraction ni même de mort violente.³

Enfin la recommandation européenne N°R(99)3 étend l'indication d'autopsie aux cas « *d'homicide ou suspicion d'homicide, mort subite inattendue y compris la mort subite du nourrisson, violation des droits de l'homme telle que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement, suicide ou suspicion de suicide, suspicion de faute médicale, accident de transport, de travail ou domestique, maladie professionnelle, catastrophe naturelle ou technologique, décès en détention ou associé à des actions de police ou militaire, corps non identifiés ou restes squelettiques.* ».⁴

Ainsi, le droit français ne donne aucune définition explicite de l'obstacle médico-légal, et ne propose pas les mêmes indications que la circulaire européenne.

Cela pose une difficulté non négligeable au moment de la signature du certificat de décès pour le médecin, qui plus est, n'est pas spécialiste et peu familiarisé à l'institution judiciaire. Chacun en fonction de sa formation et de son expérience aura modelé sa propre définition de l'obstacle médico-légal, ce qui explique le peu d'uniformité des pratiques entre des sites géographiques différents, et souvent même au sein des équipes médicales.

Plusieurs centres hospitaliers, dont de CH d'Annecy, ont proposé de créer une fiche de liaison (Annexe 3), visant à limiter la perte de l'information entre les différents intervenants lors d'une mort suspecte.¹⁵ Remplie par le médecin urgentiste signant le certificat de décès en obstacle médico-légal, elle serait ensuite remise aux autorités de police ou de gendarmerie ainsi qu'au médecin légiste.

Outre l'intérêt présenté pour l'institution judiciaire, une telle fiche permettrait d'insister auprès des médecins urgentistes sur l'importance de l'examen de corps en cas de mort violente ou suspecte, et aurait par là un intérêt didactique.

4.2. Rôle du parquet

La décision initiale de poser un obstacle médico-légal est purement médicale, et basée sur des critères objectifs de l'examen clinique. Elle est pourtant à l'origine d'une procédure judiciaire orchestrée par le parquet, mal connue du corps médical.

En effet le médecin imagine souvent que la pose d'un obstacle médico-légal induit une levée de corps ou une autopsie systématique.

En réalité lorsqu'il est averti de la pose d'un obstacle médico-légal, le parquet, par l'intermédiaire du procureur, peut lever l'obstacle et délivrer un permis d'inhumer judiciaire sans demander d'investigation supplémentaire.

Si pour les besoins de l'enquête des explorations sont nécessaires, le parquet peut solliciter :

- une levée de corps médico-légale, qui consiste en une inspection du corps par un médecin légiste sur les lieux de la découverte,
- un examen de corps, également par un légiste, après transport du corps à la morgue, des prélèvements sanguins à visée toxicologique pouvant éventuellement être réalisés,
- ou une autopsie.¹⁶

4.3. Pratique de l'autopsie

Or la France est l'un des pays où les autopsies sont le moins pratiquées, environ 3,7% des décès, et les recommandations européennes d'autopsies systématiques sont très éloignées des pratiques Françaises.¹⁷ Dans notre série seuls 2 patients sur 37 (soit 5,4%) ont été autopsiés.

Pour mémoire le taux d'autopsies est de 15,3% au Royaume-Uni, 34% en Suisse, 18,4% en Irlande, 68,9% en Hongrie, et 12,4% aux Etats-Unis.¹⁸

De plus la tendance est à la raréfaction des autopsies, en France comme à l'étranger.¹⁹ Pourtant leur utilité est largement reconnue. Une étude Slovène a montré que dans 10% des cas le diagnostic établi par l'autopsie était différent du diagnostic post-mortem.²⁰

Ce faible taux d'autopsies s'explique d'une part par des facteurs culturels n'épargnant bien sur ni les médecins ni les magistrats : l'autopsie est perçue comme une atteinte à l'intégrité du corps qui revêt un caractère inviolable et sacré.²¹ Les avancées technologiques considérables du monde médical, notamment la performance de l'imagerie, font passer cette méthode ancienne pour dépassée.²²

D'autre part il est probablement la conséquence du faible nombre d'obstacles médico-légaux posés.

Pour exemple au cours de l'année 2004 ont été réalisées en France 8000 autopsies et 11000 levées de corps.²³ Ainsi la levée ou l'examen de corps, conséquences directes de l'obstacle médico-légal, sont choses rares ; pour comparaison sur une année le nombre d'autopsies réalisées au Royaume-Uni est d'environ 90000.²⁴

Au regard des pratiques européennes, il apparaît indispensable d'apporter une définition consensuelle médicale et judiciaire à l'obstacle médico-légal pour arriver à une homogénéisation des pratiques ; on peut également s'interroger sur sa pérennité.

4.4. Réforme française de la médecine légale

L'activité de médecine légale du vivant comme thanatologique était jusqu'alors peu structurée.²⁵

Cette absence d'encadrement législatif a abouti progressivement à une organisation reposant sur des initiatives locales : l'activité médico-judiciaire était régentée par des conventions passées entre juridictions et centres hospitaliers.

C'est dans ce climat qu'est parue le 27 décembre 2010 la circulaire relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale.²⁶ Cette réforme, en vigueur à compter du 15 janvier 2011, a pour objet de « *de structurer à l'échelle nationale une médecine légale harmonisée et de qualité et d'assurer un financement pérenne, qui tienne compte de l'ensemble des charges liées à cette activité (...)* ».

Elle prévoit la création d'un maillage territorial à trois niveaux :

- un niveau régional de structures hospitalières appelées « centres-pivots » et dédiées à la médecine légale thanatologique et du vivant,
- un niveau départemental assurant uniquement la médecine légale du vivant,
- et un niveau local dit « réseau de proximité ».

Ainsi, l'activité thanatologique ne sera pratiquée que dans des centres régionaux, où se pratiquent au minimum 100 autopsies par an, et 50 autopsies par praticien, et ce pour garantir la qualité des autopsies.

Le financement ne s'effectuera plus à l'acte comme cela était le cas jusqu'alors, mais de manière « *annuelle et forfaitaire* » par le ministère de la justice.

Cette réforme vise à assurer d'une part la qualité des autopsies, et d'autre part la réduction des coûts, l'objectif visé étant d'augmenter le nombre d'autopsies dans un intérêt de santé publique.

CONCLUSION

Au terme de cette enquête et comparativement aux recommandations européennes en matière d'autopsie, il apparaît que les indications de l'obstacle médico-légal sont moyennement respectées : 20 à 26% des décès suspects ne sont pas signalés aux autorités. Il s'agit principalement des décès par suicide et des morts inattendues du sujet jeune.

D'autre part la pratique française en matière d'autopsie est très éloignée des recommandations européennes, qui préconisent sa réalisation systématique.

L'analyse des modalités pratiques de la pose de l'obstacle médico-légal révèle que ce n'est pas une notion parfaitement intégrée.

Pour autant peu d'attention est portée au problème. La plus grande partie des articles parus sur le sujet consiste en des mises au point ou des rappels des recommandations, et très peu d'enquêtes sont réalisées afin d'analyser la réalité des pratiques.

De telles études permettraient pourtant de prendre conscience des carences existant dans le domaine, afin de renforcer la formation des médecins, dans le cadre des études médicales d'une part et de la formation continue d'autre part, ainsi que celle des magistrats.

Le constat du recul du nombre d'autopsies en France bien que leur utilité soit largement démontrée, pose la question de l'efficacité de ce système.

THESE SOUTENUE PAR : M^{elle} GIORDANO Audrey

MODALITES DE POSE DE L'OBSTACLE MEDICO-LEGAL EN PRE-HOSPITALIER :
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LA REGION
D'ANNECY.

CONCLUSION :

Au terme de cette enquête et comparativement aux recommandations européennes en matière d'autopsie, il apparaît que les indications de l'obstacle médico-légal sont moyennement respectées : 20 à 26% des décès suspects ne sont pas signalés aux autorités. Il s'agit principalement des décès par suicide et des morts inattendues du sujet jeune.

D'autre part la pratique française en matière d'autopsie est très éloignée des recommandations européennes, qui préconisent sa réalisation systématique.

L'analyse des modalités pratiques de la pose de l'obstacle médico-légal révèle que ce n'est pas une notion parfaitement intégrée.

Pour autant peu d'attention est portée au problème. La grande partie des articles parus sur le sujet consiste en des mises au point ou des rappels des recommandations, et très peu d'enquêtes sont réalisées afin d'analyser la réalité des pratiques.


De telles études permettraient pourtant de prendre conscience des carences existant dans le domaine, afin de renforcer la formation des médecins, dans le cadre des études médicales d'une part et de la formation continue d'autre part, ainsi que celle des magistrats.

Le constat du recul du nombre d'autopsies en France bien que leur utilité soit largement démontrée, pose la question de l'efficacité de ce système.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 7/9/2011

LE DOYEN


J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE


PROFESSEUR L. BARRET

BIBLIOGRAPHIE

1- F. CANAS.

L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès.

La revue du praticien, 2005, Vol 55, pp 587-594.

2- Code civil, 107^{ème} édition, Paris : Codes Dalloz, 2008.

3- Code de Procédure pénale, 102^{ème} édition, Paris : Codes Dalloz, 2005.

4- Comité directeur pour la bioéthique (CDBI). Groupe de travail pour l'harmonisation des règles en matière d'autopsie.

L'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale : Recommandation N°R(99) et exposé des motifs,

Editions du Conseil de l'Europe, 2000.

5- M. VIGNAT.

Certificat de décès : obstacle médico-légal ou mort naturelle? une réalité pratique.

Journal Européen des Urgences, 2007, Vol 20, N°15, pp 124.

6- C.COMBALIER.

Le médecin urgentiste face à l'obstacle médico-légal : une formation à renforcer.

Journal Européen des Urgences, 2007, Vol 20, N°15, pp 122-123.

7- K. VIAL-REYT.

Certification de décès et médecins généralistes : opinions sur les propositions d'amélioration.

Larevuedupraticien.fr, juillet 2011.

8- R D. START.

General practitioners' knowledge of when to refer death to a coroner.

British Journal of General Practice, 1995, Vol 45, pp 191-193.

9- J-M. LABORIE

La rédaction du certificat de décès en médecine d'urgence pré-hospitalière.

Journal Européen des Urgences, 2003, Vol 16, pp 231-239.

10- C. GANGLOFF

La levée de corps et la certification des décès posant un problème médico-légal en pré-hospitalier.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, Toulouse : Université Toulouse III, 2007, 109 p.

11- D.MALICIER.

Certificat de décès et diagnostique d'une mort violente.

Revue du praticien, 2002, Avril 1 ;52(7), pp 719-722.

12- B. SUPLY

La certification des décès posant un problème médico-légal dans l'exercice de la médecine pré-hospitalière.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, Rennes : Université Rennes I, 2004, 122 p.

13- R D. START.

Clinicians and the coronial system: ability of clinicians to recognize reportable deaths.

British Medical Journal, 1993, Vol 306, pp 1038-1041.

14- R D. START.

Analysis of necropsy request behavior of clinicians.

Journal of clinical pathology, 1996, Vol 49, pp 29-33.

15- S. CINEUX

Réanimation pré-hospitalière et médecin légiste : recherche d'un consensus national sur une fiche de liaison.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, Paris : Université Paris-Val de Marne, Faculté de médecine de Créteil, 1998, 85 p.

16- N. MILAN

Recherche des causes toxiques des morts suspectes dans le cadre de l'application de l'article 74 du Code de Procédure Pénale.

Revue Francophone des Laboratoires, 2007, N° 392, pp 69-79.

17- C. MANOUIL.

Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ?

Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 2007, Vol 26, N°5, pp 434-439.

18- J L. BURTON

Clinical, educational, and epidemiological value of autopsy,

The Lancet, 2007, Vol. 369, pp 1471-1480.

19- J R. GILL

Natural, Unexpected Deaths: Reliability of a Presumptive Diagnosis.

Journal of Forensic Sciences, 2010, Vol 55, N°1, pp 77-81.

20- B. ERMENC.

Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the cause of death.

Forensic Science International, 2000, Vol 114, N°2, pp 117-119.

21- X. LABBEE.

La valeur des choses sacrées ou le prix des restes mortels.

Recueil Dalloz, 2005, N°14.

22- C. GOT

Les Autopsies médico-scientifiques : rapport remis au Secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale.

17 Octobre 1996

23- P. CHARIOT.

Groupe médecine légale, rapport final, Plan stratégique 2010-2014.

24- E. BACCINO.

Médecine de la violence : prise en charge des victimes et des agresseurs.

Editions Masson, Collection Abrégés, 2006, 358 p.

25- F. DESPORTES.

Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale.

Janvier 2006

26- Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Libertés, Le Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Circulaire relative à la mise en œuvre de la médecine légale.

27 décembre 2010

ANNEXES

Annexe 1 : Certificat de décès

DÉPARTEMENT :

CERTIFICAT DE DÉCÈS

conforme à l'Arrêté du 24 décembre 1996

A remplir par le Médecin

COMMUNE DE DÉCÈS :

Code Postal [] [] [] [] [] []

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Sexe :

Domicile :

Le docteur en médecine soussigné, certifie que la mort de la personne désignée ci-contre, survenue le _____ à _____ heure _____ est réelle et

- constante (voir 1 au verso) OUI NON
- Obstacle médico-légal (voir 2 au verso) OUI NON
- Obligation de mise en bière immédiate (voir 3 au verso) OUI NON
- dans un cercueil hermétique (voir 4 au verso) OUI NON
- dans un cercueil simple (voir 5 au verso) OUI NON
- Obstacle au don du corps (voir 6 au verso) OUI NON
- Polluement en vue de rechercher la cause du décès (voir 7 au verso) OUI NON
- Présence de prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir 8 au verso) OUI NON

Important : bien cacher toutes les lignes par oui ou non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE

Le numéro d'ordre du décès sur le registre des actes de l'état civil à inscrire ci-contre doit être reproduit au verso.

N° D'ORDRE du décès

[] [] [] [] [] []

A _____ le _____ Signature (Non lisible) et Cachet (obligatoire) de médecin

A conserver dans le cadre de l'exécution de la chambre funéraire

A remplir et à clore par le Médecin

Renseignements complémentaires et annexes

Code Postal : Commune de décès :

Date de décès :

1. Sexe masculin

Code Postal : Commune de domicile :

Date de naissance :

2. Sexe féminin

Causes du décès

PARTIE I Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès *

La dernière ligne rectiligne doit correspondre à la cause initiale.

Interdit aux héritiers de préciser maladie et le décès (interdit, mort, etc.)

a) _____

due à ou consécutive à : b) _____

due à ou consécutive à : c) _____

due à ou consécutive à : d) _____

* Il s'agit de la maladie, de traumatisme, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mode de décès, ex. : syncope, arrêt cardiaque...)

PARTIE II Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

Informations complémentaires

Le décès est-il survenu pendant une grossesse (à déclarer, même si cet état n'a pas contribué à la mort) ou moins d'un an après ? 1. Oui 2. Non
Dans ce dernier cas, intervalle entre la fin de cette grossesse et le décès : _____ Mois _____ Jours

En cas d'accident, préciser le lieu exact de survenue (voie publique, domicile...) : _____ S'agit-il d'un accident du travail (ou présumé tel) ? : 1. Oui 2. Non 3. Sans précision

Autopsie : une autopsie a-t-elle été ou sera-t-elle pratiquée ?

Lieu du décès :

1. Non 2. Oui, résultat disponible

1. Domicile

2. Hôpital 3. Clinique privée

3. Oui, résultat non disponible

4. Hospice, maison de retraite

5. Voie publique 6. Autre lieu

Signature (Non lisible) et Cachet (obligatoire) de médecin

I. Exemples		II. Exemples		III. Exemples	
	Intervalle		Intervalle		Intervalle
1. a) Hépatite	1/0	1. a) Cerveau	11/0	1. a) Hépatite chronique	1/0
b) Pneumonie	05/0	b) Oedème cérébral	11/0	b) Hépatite	11/0
c) Prévarice d'aorte	3/2	c) Traumatisme crânien	2/2	c) Diabète	2/0
d) Ulcère duodinal	7	d) Accident de la route	2/2	d) Anémisme	2/0
II. Stabilité	7				
1. a) Emphyseme chronique	20/2	1. a) Névrite	1/0	1. a) Hépatite chronique	1/0
b) SIDA	7/0	b) SIDA	1/0	b) Traumatisme crânien	1/0
		c) SIDA	1/0	c) Diabète	2/0
		d) SIDA	1/0	d) Anémisme	2/0

Annexe 2: Fiche questionnaire (recto)

Nom du médecin :

Date :

PATIENT :

Nom :

Age :

Sexe :

Adresse :

Antécédents principaux :

Circonstances de découverte :

Lividités : oui/non

Rigidité : oui/non

Un examen du corps a t'il été réalisé: oui/non

Lésions visibles :

Avis téléphonique d'un médecin légiste : oui/non

Y a-t-il eu un obstacle médico-légal : oui/non

Si oui : Nature de l'obstacle:

mort violente criminelle ou suspecte

mort engageant une responsabilité

mort mettant en jeu une législation particulière (accident du travail...)

mort subite

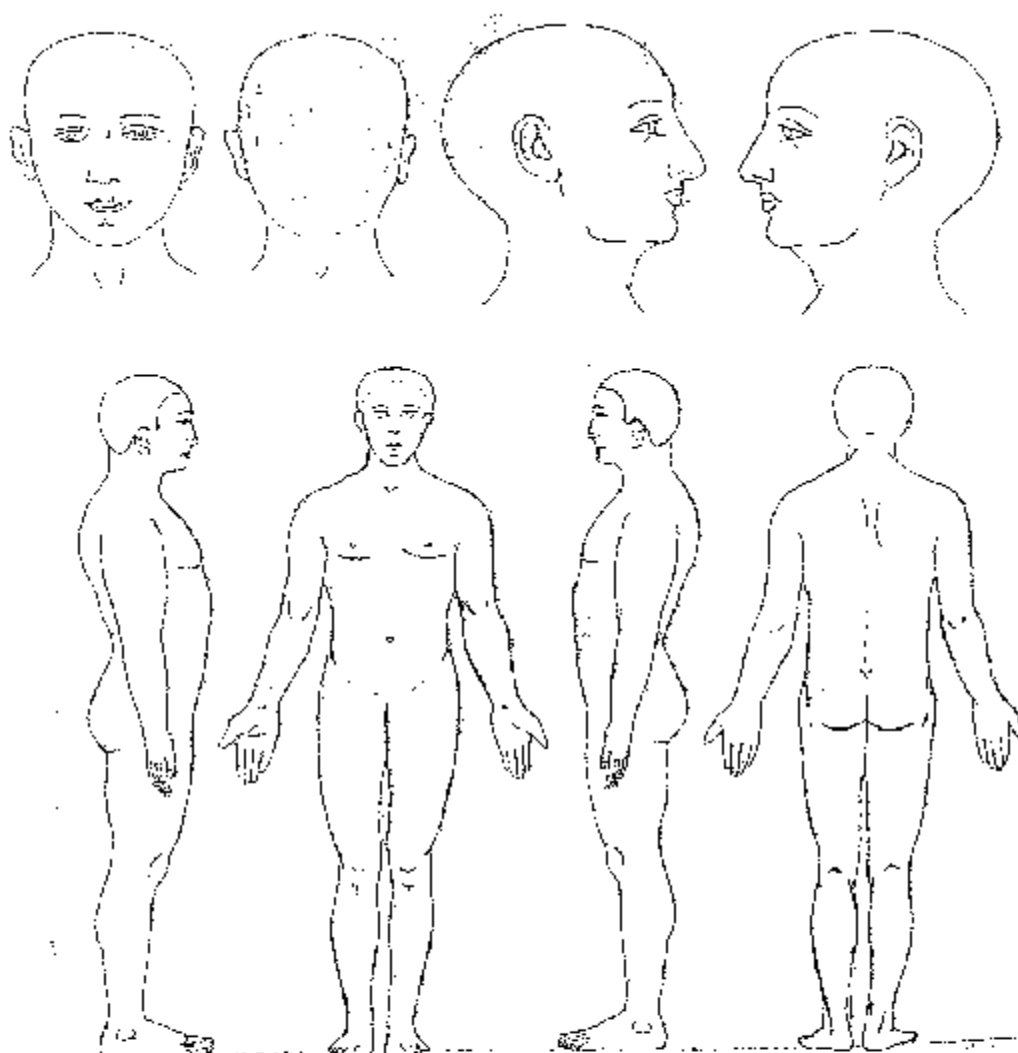
Si non :

- Pourquoi :

- Cause du décès :

L'OML a-t-il été signé en présence d'une autorité (police/gendarmerie) : oui/non

Annexe 2 : Fiche questionnaire (verso)



→ Bien vouloir indiquer d'une croix sur les schémas les différentes zones d'intervention et légender (injection, effraction...) avec une flèche

Lésions visibles :

Annexe 3 : Exemple de fiche de liaison utilisée au CH d'Annecy

FICHE D'INTERVENTION – SERVICES URGENTISTES – POMPIERS		REC 10	
(à remettre aux forces de l'ordre)			
LOCALISATION – IDENTIFICATION DES SECOURS		MODIFICATION DE L'ETAT DES LIEUX	
DATE		Ouvertures des portes	OUI NON
HEURE		Si oui, lesquelles :	
ADRESSE DU LIEU D'INTERVENTION		Ouvertures des fenêtres	OUI NON
NOM DU REDACTEUR (MEDECIN ou CHEF DE BORD)		Si oui, lesquelles :	
AUTRES UNITES D'INTERVENTION		Ouvertures de l'éclairage	OUI NON
		Si oui, lesquelles :	
		Déplacement de meubles ou Objets...	OUI NON
		Si oui, lesquels :	
LA PERSONNE SECOURUE		Ouverture de tiroirs, Placard...	OUI NON
IDENTITE :		Si oui, lesquels :	
A-t-elle fait des déclarations ?	OUI NON	Autres modifications :	
Avez-vous modifié sa tenue vestimentaire	OUI NON		
Découpe des vêtements	OUI NON		
Si oui : description succincte :			
Avez-vous modifié sa position	OUI NON		
Si oui, quelle était sa position initiale ?			
PRELEVEMENT D'OBJETS LORS DE L'ACTE MEDICAL (médicaments ou leurs emballages...)	OUI NON		
Si oui, lesquels :			
ABANDON D'OBJETS (seringues, aiguilles, compresses, médicaments, cotons, garrots...)	OUI NON		
Si oui, lesquels :			
Votre intervention est-elle susceptible d'entraîner des traces sur son corps ?	OUI NON		
Si oui bien vouloir renseigner le croquis au verso			

... (suite au verso)