

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N° 093

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de médecine générale

par

DIGUET Alexandra

née le 6 juin 1987

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2014

**L'obstacle médico-légal en pré-hospitalier: étude de
facteurs cliniques et environnementaux**

Président du jury : Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Clotilde Rougé-Maillart:

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Jacqueline Lacaille:

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité.

Au Docteur Laurent Boidin:

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Merci pour la patience et la gentillesse dont vous avez su faire preuve avec moi, et pour tous ces précieux enseignements que vous avez su me transmettre.

A mon directeur de thèse, le Docteur Renaud Clément:

Merci de m'avoir fait découvrir avec passion la médecine légale et d'avoir conforté mes choix. J'ai beaucoup appris à vos côtés. La bonne humeur des situations cocasses me manque.

Merci à tous les médecins urgentistes ayant participé et sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.

Merci à Lise pour son aide très précieuse et sa disponibilité.

A mon père, pour qui match de foot a rimé avec mi-temps pendant 1 an mais qui ne m'a jamais oubliée. Merci d'avoir toujours été là.

A ma mère, si forte et toujours présente quand j'en avais besoin. Merci pour ce soutien inconditionnel.

A ma sœur préférée, qui a de toujours de bonnes anecdotes médicales à me raconter au milieu de ses voyages excessivement nombreux. Ne change pas.

A Angie, Emilie et Océane sans qui la fac de médecine n'aurait pas été la fac de médecine. Merci d'être là, merci pour tous ces moments partagés et pour les prochains à venir.

A mes amis, nantais ou pas, que j'adore : Joséphine, Olivier et Valérie, Patrice et Claire, Guillaume, Alex et Noah, Pierre et Mathilde, Arnaud et Alex.

A Aurore et Suzanne, présentes depuis si longtemps.

Et enfin, merci à Denis.

Merci pour ce formidable travail d'équipe et merci pour ta patience. Pour tous les moments que nous partageons au quotidien, pour tous ceux à venir et pour cette complicité indestructible qui nous unit, merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
MATÉRIELS ET MÉTHODE	9
I/ Le type d'étude	9
II/ La population étudiée	9
III/ La population médicale étudiée.....	9
IV/ Le recueil de données.....	10
1- Origine du questionnaire	10
2- Sa description	11
3- Le recueil.....	11
V/ Les objectifs de l'étude.....	11
VI/ Les analyses statistiques.....	12
RÉSULTATS	13
I/ Profil de la participation à notre étude.....	13
1- Le taux de participation.....	13
2- Les patients.....	14
3- Les médecins	14
II/ Le questionnaire et ses items	15
1- Les items correspondant aux réponses grisées dans la grille initiale	15
2- Les autres items	19
3- Les causes de décès proposées par le questionnaire.....	21
III/ L'adéquation entre la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal dans notre étude et la grille initiale.....	21
IV/ Les causes de décès.....	24
1- Description	24
a) Le groupe OML.....	24
b) Le groupe non-OML	25
2- Items du questionnaire et causes de décès.....	27
V/ La comparaison médecins urgentistes versus médecins légistes.....	28

VI/ Le respect des recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins	29
1- Dans le groupe OML.....	29
2- Dans le groupe non-OML.....	31
VII/ Les suites judiciaires.....	32
1- Les examens de corps.....	32
2- Les autopsies	33
3- La concordance.....	34
DISCUSSION	35
I/ L'étude du questionnaire et de ses items	36
1- Les items correspondant aux réponses grisées de la grille initiale	36
2- Les autres items	37
3- L'adéquation entre la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal dans notre étude et la grille initiale.....	38
II/ Confrontation avec la littérature	38
1- Les obstacles médico-légaux.....	38
2- L'âge des patients.....	39
3- Les causes de décès	40
a) Généralités.....	40
b) Dans notre étude.....	41
III/ Les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins et l'obstacle médico-légal	43
IV/ Les autopsies	44
1- Généralités.....	44
2- Les études	45
3- Concordance entre la cause du décès suspectée et celle mise en évidence à l'autopsie.....	46
V/ Les biais et les limites de notre étude.....	46
VI/ Ouverture	47
1- Des études possibles.....	47
2- Des propositions	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	54
Annexe 1: Certificat de décès.....	54
Annexe 2: Grille initiale rédigée par la région Poitou-Charentes	56
Annexe 3 : Questionnaire de l'étude	57

INTRODUCTION

En France, le décès de toute personne doit être constaté par un médecin qui rédige un certificat de décès.

Ce médecin doit être thésé et inscrit au Conseil de l'Ordre, ou être titulaire d'une licence de remplacement.

Les médecins libéraux sont à l'origine d'environ 30% des 540 000 certificats de décès établis chaque année dans notre pays (1).

Le certificat de décès, une fois complété sur le plan médical, est transmis à un officier de l'Etat Civil qui délivre, selon les articles 77 et 78 du Code Civil, un permis d'inhumer (2).

Ce certificat est un acte médical à part entière et une obligation administrative, résultant de l'article L 2223-42 du Code Général des Collectivités Territoriales et de l'article 76 du Code de Déontologie Médicale (3).

Il est divisé en deux parties :

- une première partie, administrative, qui est nominative et comporte une rubrique judiciaire,
- une deuxième partie, médicale, qui est anonyme et tenue au secret médical. (annexe 1)

Certaines lois sont essentielles à connaître car elles guident sa rédaction :

- l'article 74 du Code de Procédure Pénal stipule que: " [...] en cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui est avisé informe immédiatement le Procureur de la République [...]".

- l'article 81 du Code Civil énonce que: " [...] lorsqu'il y a aura des signes ou des indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu à la 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 procès verbal de l'état du cadavre et des circonstances relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir [...]".

Lorsqu'un médecin complète un certificat de décès, il doit se questionner sur un éventuel obstacle médico-légal. Sa décision d'en poser un déclenchera obligatoirement l'intervention des services de Police ou de Gendarmerie qui ouvriront alors une "enquête-décès". Le Parquet compétent territorialement sera immédiatement informé de la situation et plusieurs décisions seront, à l'issue de cet acte, possibles :

- lever l'obstacle médico-légal si "l'enquête-décès" n'aboutit à aucune constatation suspecte,

- solliciter la venue d'un médecin légiste sur les lieux du décès afin de pratiquer un examen médico-légal approfondi,
- requérir un examen de corps dans un centre dédié,
- requérir une autopsie dans un centre-pivot (4).

En France, poser un obstacle médico-légal est le seul moyen à la disposition des médecins pour alerter les autorités judiciaires. Il faut noter que la notion d'obstacle médico-légal est purement française et n'apparaît en fait dans aucun texte de droit.

En janvier 1999, afin d'aider les médecins lors des constats de décès, le Conseil de l'Ordre des Médecins a listé les situations devant lesquelles un obstacle médico-légal devait être posé:

- les morts violentes et suspectes (impliquant les suicides)
- les morts engageant une responsabilité particulière (accident de la voie publique, exercice médical)
- les morts engageant une législation particulière (accident du travail, maladie professionnelle, pension militaire)
- les morts subites de l'adulte ou de l'enfant (5)

En pratique, ces recommandations très théoriques semblent peu suivies, entraînant un véritable manque d'uniformité dans les pratiques médicales.

Le 2 février 1999, le Conseil de l'Europe a établi des recommandations n° R(99)3 indiquant les situations devant faire systématiquement pratiquer une autopsie :

- homicide ou suspicion d'homicide,
- mort inattendue, y compris la mort subite du nourrisson,
- violation des droits de l'homme tels que la 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 militaires,
- corps non identifié ou restes squelettiques (6).

Les indications européennes des autopsies et les indications françaises des obstacles médico-légaux sont donc disparates, contribuant ainsi à l'embarras des médecins devant une situation complexe.

Enfin, notons que les indications à la pose d'un obstacle médico-légal inscrites au dos du certificat de décès sont encore plus succinctes : "[...] un suicide ou décès suspect, paraissant trouver sa source dans une infraction [...]".

Deux études françaises ont démontré les difficultés des professionnels de santé à appréhender l'obstacle médico-légal.

* En 2011, une enquête de type qualitative menée auprès de 14 médecins généralistes exerçant dans la région de Saint-Etienne avait mis en évidence que les situations cliniques devant faire poser un obstacle médico-légal n'étaient pas connues des médecins. Bien que plutôt d'accord avec les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins, ils estimaient

toutefois qu'après un certain âge, une mort inattendue n'était pas obligatoirement suspecte. Ils avouaient ne pas toujours se conformer à un examen clinique soigneux devant les différentes pressions extérieures (famille, pompes funèbres). Ils émettaient aussi le souhait d'être aidés par divers moyens: liste des indications des obstacles médico-légaux au dos du certificat de décès, intervention plus systématique de médecins légistes, meilleure formation ou instauration d'une grille à items sur le certificat qui leur permettrait de savoir quand prendre un avis auprès d'un médecin légiste.(1)

* Une étude menée à l'hôpital de Garches en 2010 retrouvait que 66% des médecins étaient en difficulté pour poser un obstacle médico-légal, principalement lorsqu'aucune orientation médicale sur la cause du décès n'existait. Certains avaient aussi "mauvaise conscience" d'imposer au défunt et à sa famille une autopsie.(7)

Ces études montrent bien les difficultés des médecins à poser un obstacle médico-légal, même avec des recommandations précises.

Les critères conduisant les médecins à poser un obstacle médico-légal n'ont jamais été étudiés ni fait l'objet de publications.

Devant les difficultés des médecins et le manque d'uniformité des recommandations et des pratiques médicales, nous avons choisi d'étudier les raisons cliniques et/ou environnementales qui incitant les médecins à poser ou non un obstacle médico-légal, l'objectif étant de mettre en place une ressource écrite capable de les aider "sur le terrain".

MATÉRIELS ET MÉTHODE

I/ Le type d'étude

L'étude réalisée était transversale, prospective, descriptive et multicentrique. Les médecins n'ont pas été suivis dans le temps et les différentes variables du questionnaire ont été décrites et analysées individuellement.

II/ La population étudiée

Critères d'inclusion : tous les patients pour lesquels un certificat de décès avait été signé entre le 22 juillet 2013 et le 29 octobre 2013, à l'issue d'une intervention pré-hospitalière par le SMUR ou par un médecin légiste de l'Unité Médico-Judiciaire du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes.

Critères d'exclusion : aucun n'a été retenu.

III/ La population médicale étudiée

Nous avons défini deux groupes de médecins participants : les médecins urgentistes et les médecins légistes.

Les médecins urgentistes étant souvent les premiers à intervenir lors d'un décès extra-hospitalier (domicile, voie publique, lieu de travail...), ils complètent régulièrement des certificats de décès et sont donc souvent confrontés à la problématique de la pose d'un obstacle médico-légal.

Les médecins légistes sont des médecins ayant validé une formation spécifique en médecine légale.

Concernant les médecins urgentistes, tous les hôpitaux du département de la Vendée possédant un service SAMU-SMUR (La Roche-sur-Yon, Montaigu, Luçon, Challans, Fontenay le Comte, les Sables d'Olonne), ainsi que le service SAMU-SMUR de l'hôpital de

Châteaubriand (département de Loire-Atlantique) ont participé à notre étude, soit au total 7 centres hospitaliers.

Ces centres avaient été choisis du fait de l'absence de structure médico-légale de proximité au sein de leurs établissements.

Ils regroupaient au total 78 médecins urgentistes, dont aucun ne possédait une formation en médecine légale.

Concernant les médecins légistes, ils exerçaient à l'Institut Médico-Légal du CHU de Nantes et étaient au nombre de 2.

IV/ Le recueil de données

Notre étude était basée sur un questionnaire que les médecins devaient remplir à chaque constat de décès.

1- Origine du questionnaire

Dans la région Poitou-Charentes, les départements des Deux-Sèvres et de la Charente sont dépourvus de structure médico-légale de proximité, le centre-pivot de cette région étant le CHU de Poitiers.

Ce sont donc les médecins généralistes et les médecins urgentistes qui constatent les décès et posent les obstacles médico-légaux si besoin.

Cette situation ayant entraîné de nombreux conflits entre les professionnels de santé et les forces de l'ordre, une "grille d'aide à la décision médicale" a été élaborée en 2011 par un groupe de travail (médecins généralistes et urgentistes, Conseil de l'Ordre 79, Police, Gendarmerie, Parquet de Niort et médecins légistes) dans le but d'aider les médecins généralistes dans leurs décisions de poser ou non un obstacle médico-légal.

Cette grille d'aide (que nous appellerons grille initiale) est composée de plusieurs items auxquels le médecin doit répondre par "oui" ou "non". Certaines réponses (apparaissant de couleur grise) doivent lui faire poser un obstacle médico-légal ou prendre un avis téléphonique auprès d'un médecin légiste du centre de référence (annexe 2).

Pour le médecin qui la complète, cette grille peut également servir de fil conducteur à l'examen clinique et à l'analyse contextuelle, l'obligeant à se poser des questions essentielles avant de cocher ou non un obstacle médico-légal sur le certificat de décès

Le département de la Vendée et le territoire de Châteaubriand sont dans cette même situation d'isolement par rapport à leur centre-pivot (CHU de Nantes). Nous avons donc trouvé intéressant d'utiliser cette grille comme base pour l'élaboration de notre questionnaire.

Notre objectif était d'étudier les facteurs cliniques et/ou environnementaux conduisant les médecins à poser ou non un obstacle médico-légal.

Pour ce faire, contrairement à la grille initiale, aucune réponse n'était grisée dans notre questionnaire, empêchant ainsi toute distinction entre les items déterminants pour la pose d'un obstacle médico-légal (grisés dans la grille initiale) et les autres.

2- Sa description

La grille utilisée pour notre étude (que nous appellerons aussi questionnaire) se présente dans un format A4, imprimée uniquement au recto (annexe 3).

Elle se divise en 3 parties distinctes :

- la première, administrative, fournit des renseignements sur le patient (âge ou date de naissance, trois premières lettres du nom et du prénom) et le médecin (mode d'exercice et nombre d'années de ce type d'exercice médical). La date du décès est à renseigner.
- la deuxième se présente sous la forme d'un tableau contenant plusieurs items auxquels le médecin doit répondre par "oui", "non" ou "ne sait pas (NSP)". Ces items ont pour sujet la description du lieu du décès, l'examen clinique (phénomènes cadavériques, lésions traumatiques, mécanisme de la mort) et les antécédents du patient. Contrairement à la grille initiale, aucune réponse n'est grisée. Le médecin ne connaît donc pas les items et les réponses devant lui faire poser un obstacle médico-légal.
- la troisième est informative. Le médecin écrit s'il a posé ou non un obstacle médico-légal à l'issue de son examen puis décrit les circonstances du décès et la cause suspectée de la mort.

3- Le recueil

Le recueil de données a eu lieu du 22 juillet au 29 octobre 2013.

Nos questionnaires avaient été déposés dans la valise médicale contenant les certificats de décès que chaque médecin urgentiste doit emporter avec lui lors d'une sortie SMUR.

Dans chaque centre hospitalier, un médecin référent collectait les questionnaires que nous sommes allés recueillir à chaque fin de mois.

V/ Les objectifs de l'étude

* **L'objectif principal** de notre étude était d'analyser les facteurs cliniques et/ou environnementales conduisant les médecins à poser ou non un obstacle médico-légal lors de la rédaction d'un certificat de décès.

Pour répondre à cet objectif, nous avons étudié les réponses pour chaque item de notre questionnaire selon deux groupes définis ainsi : groupe obstacle médico-légal (groupe OML) et groupe sans obstacle médico-légal (groupe non-OML).

Nous avons ensuite analysé l'adéquation entre la décision de poser ou non un obstacle médico-légal et la grille initiale.

* Puis, nous avons étudié le respect des recommandations du Conseil de l'Ordre, décrit les suites judiciaires de chaque obstacle médico-légal et analyser la concordance entre la cause suspectée de la mort lors du constat de décès et la cause établie par les investigations médico-légales si elles ont eu lieu (examen de corps, autopsie).

VI/ Les analyses statistiques

Deux tests ont été utilisés pour les analyses statistiques:

- le test de Fischer a permis de comparer les proportions de réponses "oui" pour chaque item du questionnaire dans chaque groupe (OML et non-OML),

- le test de Student (t-test) a permis de comparer l'âge des patients et le nombre d'année du type d'exercice des médecins dans chaque groupe (OML et non-OML).

Pour les deux tests, le seuil de significativité était fixé à 5% ($p < 0,05$).

RÉSULTATS

I/ Profil de la participation à notre étude

1- Le taux de participation

Durant la période de notre étude, 164 interventions SMUR se sont conclues par la rédaction d'un certificat de décès (patient décédé à l'arrivée ou suite aux soins de réanimation).

101 questionnaires ont été complétés, représentant un taux de participation de 61,6%.

Parmi ces 101 certificats de décès, 33 ont conduit à la pose d'un obstacle médico-légal (32,7%).

A partir de ces résultats, nous avons défini 2 groupes : OML (n=33) et non-OML (n=68).

2- Les patients

Dans le groupe OML, l'âge moyen des patients était de 46 ans (âge compris entre 1 et 84 ans). Un seul questionnaire ne renseignait pas l'âge du patient.

Dans le groupe non-OML, l'âge moyen des patients était de 70 ans (âge compris entre 29 et 92 ans).

Tableau 1 : Moyenne d'âge des patients dans chaque groupe

	OML n=33	Non OML n=68	p
Moyenne d'âge des patients (années)	46	70	< 0,05*

* $p < 0.05$: significatif

L'âge du patient au moment de son décès semble être un facteur discriminant : les patients décédés étaient significativement plus jeunes lorsqu'un obstacle médico-légal a été posé.

3- Les médecins

L'analyse du mode d'exercice du médecin ayant rempli le questionnaire a permis de mettre en évidence différents types d'exercices :

- les médecins urgentistes, parmi lesquels 3 autres catégories ont pu être définies : internes en médecine, assistants des hôpitaux et praticiens hospitaliers,
- les médecins légistes,
- les médecins anesthésistes.

Notons qu'un médecin a pu remplir un ou plusieurs questionnaires durant l'étude.

Tableau 2 : Mode d'exercice des médecins dans chaque groupe

Nombre de questionnaires remplis:	Groupe OML	Groupe non-OML
Internes	1	0
Assistants	2	8
Praticiens hospitaliers	22	51

Anesthésistes	0	1
Légistes	7	6
Non-renseigné	1	2

Les médecins urgentistes, et plus précisément les praticiens hospitaliers, sont ceux qui ont rempli le plus de questionnaires.

L'analyse du nombre d'années de pratique médicale a permis de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes.

Tableau 3 : Nombre d'années de pratique de l'exercice médical dans chaque groupe

	Groupe OML	Groupe non-OML	p
Moyenne	6,71 années	9,70 années	< 0,05 *
Minimum	4 mois	1 année	
Maximum	20 années	23 années	

* $p < 0.05$: significatif

L'ancienneté de l'exercice médical est inversement corrélée à la probabilité de poser un obstacle médico-légal.

II/ Le questionnaire et ses items

Dans cette 2^{ème} partie, nous avons cherché à identifier les éventuels items pouvant avoir été déterminants dans le choix de poser un obstacle médico-légal.

1- Les items correspondant aux réponses grisées dans la grille initiale

Nous avons débuté notre analyse par la comparaison dans chaque groupe des réponses devant entraîner la pose d'un obstacle médico-légal ou l'avis téléphonique d'un médecin légiste selon la grille initiale du Poitou-Charentes.

Les réponses NSP et Non-renseigné ont été exclues de nos calculs pour une meilleure pertinence. Ainsi, les pourcentages correspondent au nombre de réponses "oui" sur le nombre de réponses "oui+non".

Tableau 4 : Réponses grisées devant entraîner la pose d'un obstacle médico-légal ou l'avis d'un médecin légiste selon la grille initiale

	Oui	Non
--	-----	-----

Présence de lividités dans des zones non déclives		
Existence d'une ou plusieurs rigidités rompues		
Présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie (tête, cou, organes génitaux externes (OGE), poignets, chevilles)		
Signes cliniques en discordance avec les antécédents connus		
Il est possible d'établir un scénario cohérent entre les constatations et l'une des hypothèses suivantes : (à savoir : mort de cause naturelle, suicide, accident n'impliquant pas un tiers)		

Explications de ces items:

* Immédiatement après le décès d'une personne, **des lividités** apparaissent. Elles correspondent à la migration du sang hors des capillaires et sont de couleur rosée ou violacée. Dans les premières heures suivant le décès, elles sont mobiles et peuvent varier avec la position du corps. Si le défunt est déplacé pendant cette période, les lividités pourront ne pas correspondre à la position de découverte du corps et devront immédiatement interpeller le médecin qui constate le décès. Après un certain nombre d'heure, elles se fixeront et les déplacements du corps n'auront alors aucun impact sur elles. La "présence de lividités dans les zones non déclives" est donc un signal d'alarme devant amener à la pose d'un obstacle médico-légal (8).

* L' "existence d'une ou plusieurs **rigidités** rompues" recherche également un déplacement du corps. Les rigidités sont des contractions musculaires qui apparaissent environ 3h après la mort, sont maximales à environ 12h et commencent à disparaître après 48h. Déplacer un corps lorsqu'elles sont installées peut entraîner leurs ruptures (8).

* Des **lésions traumatiques dans les zones cibles ou de saisie** font suspecter l'intervention d'un tiers dans le processus mortifère.

* La présence de **signes cliniques en discordance avec les antécédents connus** du patient peut faire douter le médecin de l'origine naturelle du décès et l'orienter vers l'intervention d'un tiers.

* Enfin, il est assez logique que **l'impossibilité d'établir un scénario cohérent** entraîne la pose d'un obstacle médico-légal.

Voici donc nos résultats :

Tableau 4 : Répartition des réponses devant entraîner la pose d'un obstacle médico-légal ou l'avis d'un médecin légiste selon la grille initiale

	Groupe	Groupe	p
--	--------	--------	---

	OML (n=33)	non-OML (n=68)	
Présence de lividités dans les zones non déclives (oui)	8 (24%)	8 (12%)	> 0,05
Existence d'une ou plusieurs rigidités rompues (oui)	5 (17%)	4 (6%)	> 0,05
Présence de lésions sur les zones cibles ou de saisie (oui)	18 (55%)	9 (14%)	< 0,05*
Signes cliniques en discordance avec les antécédents connus (oui)	1 (4%)	0 (0%)	> 0,05
Possibilité d'établir un scénario cohérent entre les constatations et l'une des hypothèses suivantes : mort de cause naturelle, suicide, accident n'impliquant pas un tiers (non)	10 (77%)	4 (17%)	< 0,05

* $p < 0.05$: significatif

- a) la "présence de lésions sur les zones cibles ou de saisie" est significativement associée à la pose d'un obstacle médico-légal. Cet élément, essentiel pour décider de la pose d'un obstacle médico-légal, semble donc être discriminant dans notre étude.

Toutefois, il est, parmi les réponses devant entraîner la pose d'un obstacle médico-légal ou l'avis d'un médecin légiste selon la grille initiale, l'item que nous retrouvons le plus souvent, à la fois dans le groupe OML et dans le groupe non-OML.

Ce critère est-il donc vraiment discriminant ?

Nous avons étudié les situations d'obstacles médico-légaux dans lesquelles cette réponse avait été cochée afin de comprendre si elle avait bien été cochée en raison d'un doute sur l'intervention d'un tiers.

Tableau 5 : Répartition et justification de l'item "présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie" selon les différentes causes de décès

	Nombre de situations avec la case cochée	Contexte décrit par le médecin
Pendaison	3	
Traumatisme balistique	1	- "Tentative de suicide par arme à feu" (inscrit en face de la case cochée)
Suspicion d'origine délictuelle	3	- "brûlures de la face et du cou" - "traumatisme balistique crânien, positionnement du corps et de l'arme suspects"

		- "chute du 4 ^{ème} étage, aurait été retenu"
Accident de la Voie Publique	4	- "AVP 40 victimes véhicule léger contre car" - "Traumatisme crânien grave, AVP" - "traumatisme thoraco-abdominal, AVP violent" - "poly traumatisme"
Accidents du travail	3	-"écrasement thoracique par chenille d'engin de chantier" - "fracas thoracique, pneumothorax compressif, lésions des gros vaisseaux" - "électrocuté sur ligne haute tension"
Origine criminelle	1	-"plaie cervicale par arme blanche"
Décès autres (N=3)	3	- "traumatisme crânien" - "traumatisme crânien" - "traumatisme crânien"

Nous constatons donc que cette réponse n'est pas cochée uniquement devant la suspicion d'intervention d'un tiers mais aussi lorsque le mécanisme de décès entraîne une lésion dans une zone cible ou de saisie: traumatisme balistique, accident de la voie publique, accident de travail, traumatisme crânien, etc.

Ainsi, même si elle est significativement associée à la pose d'un obstacle médico-légal, elle ne s'avère pas formellement discriminante. L'utilité et la significativité de la "présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie" sont donc à considérer avec beaucoup de prudence.

b) l'impossibilité d'établir un scénario cohérent est également significativement associée à la pose d'un obstacle médico-légal.

Mais ce résultat est à interpréter avec précaution.

Tableau 6 : Répartition des réponses pour l'item "possibilité d'établir un scénario cohérent entre les constatations et l'une des hypothèses suivantes"

	Groupe OML	Groupe non-OML	p
Nombre de réponses oui	3	19	< 0,05 *
Nombre de réponses non	10	4	
Nombres de réponses NSP	1	0	
Nombre de sans réponse	19 (58%)	45 (66%)	

* $p < 0.05$: significatif

Le taux insuffisant de réponse (< 50% dans chaque groupe) limite la pertinence de nos calculs, fondés uniquement sur les réponses "oui" et "non".

Notons que 3 des 4 situations pour lesquelles aucun obstacle médico-légal n'avait été posé malgré l'absence de scénario cohérent correspondent en réalité à une erreur de remplissage du questionnaire par le médecin et non à une "erreur de pratique médico-légale".

Détaillons des 4 situations:

Cas n°1 : Le médecin a coché "non" au "scénario cohérent" puis "mort de cause naturelle"

Cas n°2 : Le médecin a coché "non" au "scénario cohérent" puis "suicide"

Cas n°3 : Le médecin a coché "non" au "scénario cohérent" : il s'agissait du déplacement d'un médecin légiste sur le lieu de découverte de viscères qui se sont avérées être d'origine animale

Cas n°4 : Le médecin a coché "non" au "scénario cohérent" puis "non" aux 3 hypothèses diagnostiques proposées par le questionnaire: mort de cause naturelle, suicide, accident n'impliquant pas un tiers. Le contexte décrit était : "arrêt cardio-respiratoire (ACR) dans un contexte d'acte anesthésique"

Les deux premiers cas semblent donc être des erreurs d'inattention du médecin.

Le questionnaire n'était pas adapté au 3^{ème} cas.

Le 4^{ème} cas est plus difficile à interpréter car il semblerait que le décès soit en lien avec une prise en charge médicale. Il nous manque des informations pour le comprendre.

- c) il n'existe pas de différence significative pour les autres items. Toutefois, pour chacun d'entre eux, le nombre de réponse est très différent entre les deux groupes. Cette absence de significativité pourrait être liée à un défaut de puissance de notre étude. Ainsi, même si ils n'apparaissent pas discriminants, ces items semblent importants lors du choix du médecin.

2- Les autres items

Nous nous sommes ensuite intéressés aux autres items du questionnaire.

A nouveau, pour une meilleure pertinence, les réponses NSP et non-renseigné ont été exclues des calculs. Les pourcentages correspondent au nombre de réponses "oui" sur le nombre de réponses "oui+non".

Tableau 7 : Comparaison du nombre de réponses "oui" entre les deux groupes

	OML (%)	Non OML (%)	Odds-ratio	p
--	---------	-------------	------------	---

Désordre anormal de l'environnement	23	4,5	6,12[1,46 ; 25,64]	< 0,05 *
Présence de médicaments	12,5	21	0,53[0,16 ; 1,77]	> 0,05
Présence de substances suspectes et/ou taches biologiques	24	3	10,24[2,03 ; 51,59]	< 0,05 *
Vêtements en désordres ou déchirés	12,5	3	4,57[0,79 ; 26,43]	> 0,05
Présence d'une arme (à feu ou blanche)	11,5	5	2,3[0,43 ; 12,28]	> 0,05
Présence d'un écrit	8	5	1,54[0,24 ; 9,82]	> 0,05
Présence de lésions sur les zones de protection	12,5	4,5	3,05[0,64 ; 14,52]	> 0,05
Présence de lésions sur des régions habituellement non exposées aux traumatismes accidentels	26	0		< 0,05 *
Issue de liquide par la bouche ou le nez	54,5	29	2,97[1,25 ; 7,07]	< 0,05 *
Cyanose	34	51,5	0,49[0,21 ; 1,18]	> 0,05
Pétéchies	3	2	2,1[0,13 ; 34,73]	> 0,05
Antécédent d'alcoolisme	45,5	15	4,81[1,61 ; 14,43]	< 0,05 *
Antécédent de toxicomanie	21	3	8,16[1,46 ; 45,49]	< 0,05 *
Antécédent de dépression avec ou sans tentative de suicide	36	27	1,49[0,55 ; 4]	> 0,05
Antécédent cardio-vasculaire	30	52	0,41[0,15 ; 1,13]	> 0,05
Pathologie grave évolutive	0	37		< 0,05 *
Femme manifestement enceinte	0	0		

* $p < 0.05$: *significatif*

Le nombre de réponses est significativement plus important dans le groupe OML pour certains items:

* désordre anormal de l'environnement

* présence de substances suspectes et/ou biologiques

- * lésions sur des régions habituellement non exposées aux traumatismes
- * issue de liquide par la bouche ou le nez
- * antécédent d'alcoolisme
- * antécédent de toxicomanie

A l'inverse, le groupe non-OML contient significativement plus d'antécédent de pathologie grave évolutive.

3- Les causes de décès proposées par le questionnaire

Dans notre questionnaire, lorsque le décès ne semblait pas impliquer un tiers, le médecin devait choisir entre 3 hypothèses diagnostiques: la mort de cause naturelle, le suicide et l'accident n'impliquant pas un tiers.

Nous les avons étudiées dans chaque groupe.

Tableau 8 : Comparaison des causes de décès entre les deux groupes

	Groupe OML (n/%)	Groupe non- OML (n/%)	Odd-ratio	p
Mort de cause naturelle	4 (14%)	51 (80%)	0,04 [0,01 ; 0,14]	< 0,05 *
Suicide	9 (33%)	14 (23%)	1,71 [0,63 ; 4,65]	> 0,05
Accident n'impliquant pas un tiers	5 (21%)	8 (14%)	1,58 [0,46 ; 5,44]	> 0,05

**p<0.05 : significatif*

Il existe donc significativement plus de "mort de cause naturelle" dans le groupe non-OML, ce qui est tout à fait cohérent.

A l'inverse, le nombre de décès par "suicide" ou "accident n'impliquant pas un tiers" n'est pas significativement différent entre les groupes OML et non-OML.

Les recommandations du Conseil de l'Ordre préconisent un obstacle médico-légal devant tout suicide, ce que nous ne retrouvons pas dans nos résultats.

A noter que la grille initiale diverge de ces recommandations puisqu'elle ne préconise pas d'obstacle médico-légal systématique devant un suicide.

Nous rediscuterons du cas spécifique du suicide ultérieurement.

III/ L'adéquation entre la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal dans notre étude et la grille initiale

L'objectif de la grille initiale du Poitou-Charentes est d'aider les médecins généralistes dans leur décision de poser ou non un obstacle médico-légal. Comme expliqué dans le

chapitre "Matériels et Méthode", certaines réponses doivent entraîner la pose d'un obstacle médico-légal ou faire solliciter l'avis d'un médecin légiste référent. Le tableau 4 récapitule ces réponses.

Dans cette 3^{ème} partie, nous allons étudier l'adéquation entre la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal et les réponses grisées de la grille initiale (que les médecins participants ne pouvaient pas distinguer des autres items dans notre étude).

* Furent considérés comme "conformes à la grille initiale" :

- les obstacles médico-légaux pour lesquels au moins une réponse grisée était cochée
- les "non-obstacles" médico-légaux pour lesquels aucune réponse grisée n'était cochée.

* Furent considérés comme "non conformes à la grille initiale" :

- les obstacles médico-légaux pour lesquels aucune case grisée n'était cochée
- les "non-obstacles" médico-légaux pour lesquels au moins une case grisée était cochée.

Tableau 9 : Conformité de la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal selon la grille initiale

	Groupe OML	Groupe Non-OML	Total
Conformes	28 (85%)	49 (72%)	77
Non conformes	5	19	24
Total	33	68	101

La pose (ou non) d'un obstacle médico-légal a donc été en adéquation avec la grille initiale dans 76% des cas (77/101). Il semble donc que les médecins connaissent les facteurs devant leur faire poser ou non un obstacle médico-légal.

5 obstacles médico-légaux ont été considérés non conformes à la grille initiale dans le groupe OML. Mais sont-ils injustifiés pour autant ?

Étudions-les en détail :

Tableau 10 : Etude des cas considérés non conformes à la grille initiale dans le groupe OML

items	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
Présence de lividités dans des zones non déclives	Non	Non	Non	Non	Non
Existence d'une ou plusieurs rigidités rompues	Non	Non	Non	Non	Non
Présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie	Non	Non	Non	Non	Non

Signes cliniques en discordance avec les antécédents connus	NSP	Non	Non	Non	Non
Scénario cohérent avec l'une des hypothèses suivantes :	NSP				
Mort naturelle	NSP	Non	Non	Non	
Suicide	NSP	Non	Non		Oui
Accident n'impliquant pas un tiers	NSP	Non	Non		
Cause suspectée de la mort	Traumatisme thoracique	Prise de toxique	Plaie par arme blanche en région thoracique	NSP	Pendaison
Contexte	Accidentel	Festival de musique	Criminel	A domicile, pas de plainte	Suicide

Dans le cas n°1, le médecin décrit un contexte "accidentel" mais n'avance aucun scénario et ne coche aucune hypothèse. L'interprétation de ce cas est difficile car le contexte reste flou mais un obstacle peut sembler justifié devant les incertitudes du médecin.

Dans le cas n°2, le médecin ne se prononce pas sur la cohérence du scénario. Pour autant, en cochant "non" aux 3 causes de décès n'impliquant pas un tiers proposées par le questionnaire, son obstacle médico-légal semble justifié. Nous verrons ultérieurement qu'une autopsie a été pratiquée.

Dans le cas n°3, le médecin ne s'est de nouveau pas prononcé sur la cohérence du scénario établi. Pourtant, les réponses "non" aux 3 causes de décès n'impliquant pas un tiers proposées par le questionnaire et le contexte criminel justifient bien sûr l'obstacle médico-légal. Une autopsie a été pratiquée par la suite et la levée de corps avait été effectuée par un médecin légiste.

Dans le cas n°4, le médecin a coché "non" à une cause de mort naturelle, sans se prononcer sur les autres hypothèses. S'il avait effectivement en arrière-pensée l'intervention d'un tiers, l'obstacle médico-légal était justifié. L'interprétation de ce cas est compliquée car la grille est incomplète.

Dans le cas n°5, l'obstacle a probablement été posé devant le contexte de suicide. Même si le médecin ne semblait pas suspecter l'intervention d'un tiers, les recommandations du Conseil de l'Ordre préconisent la pose d'un obstacle médico-légal devant un suicide et elles peuvent expliquer à elles seules le choix du médecin.

Ainsi, même si ces cas apparaissent de prime abord non conformes à la grille, ils se révèlent finalement être justifiés par leur contexte ou suite aux recommandations du Conseil de l'Ordre.

IV/ Les causes de décès

1- Description

Pour chaque questionnaire, le médecin devait émettre une hypothèse diagnostique sur la cause de la mort et décrire le contexte de découverte du corps.

A posteriori, nous avons individualisé plusieurs catégories de causes de décès dans chaque groupe, que nous avons comparé aux recommandations du Conseil de l'Ordre.

a) Le groupe OML

Pour rappel, 33 certificats de décès ont été signés avec un obstacle médico-légal.

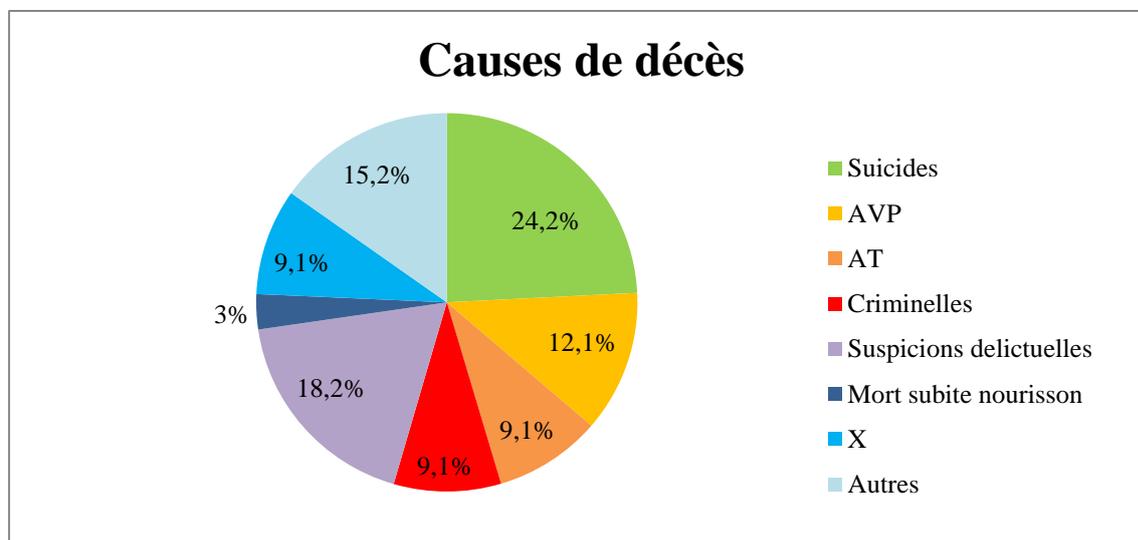
Dans ce groupe, 8 causes de décès différentes ont pu être isolées : les suicides, les accidents de la voie publique (AVP), les accidents du travail (AT), les décès d'origine criminelle, les décès pour lesquels une origine délictuelle est suspectée, la mort subite du nourrisson, les corps non identifiés et les décès "autres" (ne correspondant à aucune des causes citées précédemment).

La répartition des causes de décès s'est faite ainsi :

Tableau 11 : Répartition des causes de décès dans le groupe OML

	Nombre=n	n en %
Suicides	8	24,2%
Suspensions d'origine délictuelle	6	18,2%
Accidents de la voie publique	4	12,1%
Origines criminelles	3	9,1%
Accidents du travail	3	9,1%
X	3	9,1%

Mort(s) subite(s) du nourrisson	1	3%
Autres	5	15,2%



Le suicide apparaît comme la cause de décès la plus fréquente du groupe OML, avec près de 25% des cas.

3 modes opératoires suicidaires ont été identifiés : la pendaison, l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) et le traumatisme balistique.

Tableau 12 : Répartition des modes opératoires suicidaires dans le groupe OML

	n=nombre	% des OML	% des suicides
Pendaison	4	12%	50%
IMV (supposée)	2	6%	25%
Traumatisme balistique	2	6%	25%

La pendaison est le mode opératoire le plus fréquent puisqu'il représente la moitié des suicides de notre étude.

b) Le groupe non-OML

68 certificats de décès ont été signés sans obstacle médico-légal.

5 causes de décès ont été identifiées : les suicides, les pathologies graves évolutives, les causes cardiaques, les accidents de la voie publique et les "autres".

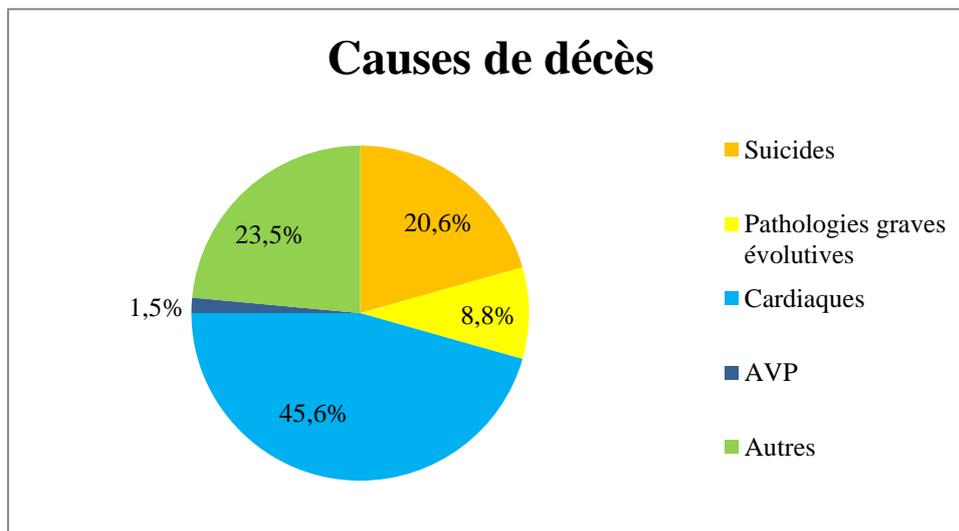
Comme précédemment, la catégorie "autres" correspond aux causes de décès que nous ne pouvions classer dans une des 4 catégories.

Ont été considérés d'origine cardiaque tous les décès pour lesquels une cause cardiaque avait été évoquée par le médecin et tous ceux pour lesquels un malaise initial avait été rapporté.

Ont été considérés comme l'évolution d'une pathologie grave évolutive tous les décès pour lesquels l'antécédent "pathologie grave évolutive" avait été coché dans le questionnaire.

Tableau 13 : Répartition des causes de décès dans le groupe non-OML

	Nombre=n	% des non OML
Origines cardiaques	31	45,6%
Suicides	14	20,6%
Pathologies graves évolutives	6	8,8%
Accidents de la voie Publique	1	1,5%
Autres	16	23,5%



L'origine cardiaque est la cause de décès la plus fréquente dans ce groupe.

Ce résultat n'est pas surprenant. En effet, l'incidence des cardiopathies (notamment ischémiques) augmente avec l'âge et l'âge moyen du groupe non-OML était de 70 ans.

31 décès ont donc été considérés d'origine cardiaque. Parmi eux, 6 douleurs thoraciques (19%) et 1 épigastralgie (3%) avaient été rapportées préalablement au décès et 3 malaises avaient été décrits par des témoins (10%).

Le suicide n'apparaît qu'en 3^{ème} cause de décès. Les modes opératoires sont-ils similaires au groupe OML ?

Tableau 14 : Répartition des modes opératoires suicidaires dans le groupe non-OML

	Nombre=n	% des non OML	% des suicides
Pendaison	4	6%	28,7%
Traumatisme balistique	4	6%	28,7%
Noyade	1	1,5%	7,1%
Electrisation	1	1,5%	7,1%
Défenestration	1	1,5%	7,1%
Intoxication par gaz	1	1,5%	7,1%
Phlébotomie et artériotomie	1	1,5%	7,1%
Chute	1	1,5%	7,1%

Les modes opératoires sont plus divers dans ce groupe .Cependant, nous constatons que la pendaison reste le mode opératoire le plus représenté.

2- Items du questionnaire et causes de décès

Nous avons comparé les réponses aux items du questionnaire en fonction de la cause de décès suspectée par le médecin. Les réponses "NSP" et "non-renseigné" ont été exclues du calcul et seuls les résultats significatifs ont été décrits par la suite.

Malheureusement, le manque d'effectif dans certaines catégories nous a obligés à regrouper certaines causes. Ainsi, nous avons déterminé dans le groupe OML une grande catégorie "mort suspecte" comprenant les suicides, les décès d'origine criminelle et les décès pour lesquels une origine délictuelle était suspectée.

Par ailleurs, pour une meilleure pertinence, nous n'avons comparé que certaines causes : les "morts suspectes", les "suicides" (du groupe non-OML), les "causes cardiaques", les "pathologies graves évolutives" et les "accidents de la voie publique".

- Les items significativement associés aux **suicides du groupe non-OML** étaient :
 - * présence d'une arme
 - * présence d'un écrit
 - * présence de lésions dans une zone cible ou de saisie
 - * antécédent de dépression

- Les items significativement associés aux décès **d'origine suspecte du groupe OML** étaient:
 - * présence de substances suspectes et/ou biologiques
 - * présence d'une arme
 - * présence de lésions sur des zones habituellement non exposées aux traumatismes accidentels
 - * antécédent d'alcoolisme
 - * antécédent de toxicomanie
- Les items significativement associés aux **causes cardiaques** étaient:
 - * antécédent cardio-vasculaires
 - * signes cliniques en discordance avec les antécédents connus
- L'item significativement associé aux **pathologies graves évolutives** était un antécédent de pathologie grave évolutive
- Les items significativement associés aux **accidents de la voie publique** étaient :
 - * présence de lésions sur les zones de protection
 - * présence de lésions dans les zones cibles ou de saisie

Chaque cause de décès est donc significativement associée à certains items, avec un appariement semblant globalement cohérent. L'association entre les antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie et les causes d'origine suspecte du groupe OML sera abordée dans notre discussion.

V/ La comparaison médecins urgentistes versus médecins légistes

Nous avons choisi dans notre étude de faire participer des médecins légistes afin de comparer leurs pratiques avec celles des médecins urgentistes.

Dans notre étude, les médecins urgentistes ont complété 84 questionnaires contre 13 pour les médecins légistes.

30% des certificats rédigés par les médecins urgentistes ont abouti à la pose d'un obstacle médico-légal (25/84) contre 54% pour les médecins légistes (7/13).

Nous avons analysé les différents items du questionnaire en fonction des médecins qui avaient rempli le questionnaire.

Les **médecins urgentistes** avaient significativement rapportés plus :

- * d'"antécédent cardio-vasculaire"
- * de "mort de cause naturelle"

Les **médecins légistes** avaient significativement rapportés plus de :

- * "désordre anormal de l'environnement"
- * "présence de médicaments"
- * "présence de substances suspectes et/ou biologiques"

- * "vêtements en désordre ou déchirés"
- * "présence de lésions sur des régions habituellement non exposées aux traumatismes accidentels"
- * "antécédent d'alcoolisme"

Les deux items significativement plus rapportés par les médecins urgentistes sont deux items n'incitant pas à la pose d'un obstacle médico-légal. En effet, l'antécédent cardio-vasculaire oriente vers une origine cardiaque au décès (donc une cause médicale naturelle) et la mort de cause naturelle élimine l'intervention d'un tiers.

A l'inverse, les items significativement plus rapportés par les médecins urgentistes sont des items pouvant faire suspecter l'intervention d'un tiers, que ce soit sur le plan clinique ou contextuel. Il est donc assez logique qu'ils soient plus rapportés par les médecins légistes dont le rôle est d'intervenir dans des situations complexes et suspectes.

La "présence de médicaments" est significativement plus cochée par les médecins légistes. L'intoxication médicamenteuse volontaire étant un mode opératoire suicidaire plutôt fréquent, la différence entre les deux groupes de médecins aurait pu ne pas être significative. Le fait qu'elle le soit démontre bien que l'intoxication médicamenteuse est une situation difficile, dans laquelle il faut toujours envisager l'intervention d'un tiers. L'affirmation "volontaire" n'est en fait jamais vraiment certaine. Les médecins légistes sont donc régulièrement sollicités dans ces circonstances, ce qui pourrait expliquer cette différence significative.

VI/ Le respect des recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins

Nous avons étudié l'adéquation entre la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal et les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins que nous rappelons :

- les morts violentes et suspectes (impliquant le suicide)
- les morts engageant une responsabilité particulière (accident de la voie publique, exercice médical)
- les morts engageant une législation particulière (accident du travail, maladie professionnelle, pension militaire)
- les morts subites de l'adulte et du nourrisson

1- Dans le groupe OML

- 33 obstacles médico-légaux ont été posés durant la période de notre étude.
- 8 causes de décès ont été identifiées: suicide (n=8), origine criminelle (n=3), suspicion d'origine délictuelle (n=6), accident de la voie publique (n=4), accident du travail (n=3), mort subite du nourrisson (n=1), corps non identifiés (X) (n=3) et autres (n=5).

Dans notre étude, la cause suspectée du décès a suffi à considérer conformes aux recommandations du Conseil de l'Ordre 25 des 33 obstacles médico-légaux posés (8 suicides,

3 origines criminelles, 6 origines délictuelles, 4 accidents de la voie publique, 3 accidents du travail, 1 mort subite du nourrisson).

Détaillons les 8 situations restantes (3 corps non identifiés et 5 "autres").

- Dans notre étude, 3 corps étaient non identifiés.

Les recommandations européennes préconisent une autopsie lorsqu'un corps n'est pas reconnaissable afin de procéder à une identification formelle. Cependant, l'obstacle médico-légal n'est pas obligatoire si le décès semble de cause naturelle. En effet, le Procureur de la République peut demander une autopsie, même si aucun obstacle médico-légal n'a été posé.

Détaillons ces 3 situations :

Cas n° 1 : cause suspectée de la mort : "aucune"

contexte : "retrouvé putréfié à domicile sur ses toilettes"

Le médecin légiste qui s'était déplacé sur les lieux avait coché "mort de cause naturelle".

Cas n° 2 : cause suspectée de la mort : "noyade vitale"

contexte : "accidentelle (OH) ?"

Le médecin légiste qui s'était déplacé avait coché "NSP" à toutes les causes de décès proposées par le questionnaire.

Cas n° 3 : cause suspectée de la mort : "inconnue"

contexte : "retrouvé dans une forêt, cheval à proximité, dermabrasion occipitale isolée"

Le médecin a coché "non" à toutes les propositions de cause de décès.

Le cas n° 1 semble ne pas être une bonne indication d'obstacle médico-légal, contrairement aux deux autres cas pour lesquels l'intervention d'un tiers ne pouvait être éliminée sur un simple examen externe.

- Détaillons maintenant les 5 décès de la catégorie "autres".

Cas n° 1 : cause suspectée de la mort: "inconnue"

contexte : "trauma thorax, polytrauma, accidentelle"

Le médecin avait coché "non" à toutes les causes de décès proposées par le questionnaire.

Cas n° 2 : cause suspectée de la mort: "ne sait pas"

contexte : "à domicile, pas de plainte somatique"

Le médecin avait coché "mort de cause naturelle" ainsi que "antécédent cardiovasculaire". Aucune case devant faire poser un obstacle médico-légal dans la grille initiale n'avait été cochée. Le patient avait 72 ans.

Cas n° 3 : cause suspectée de la mort: "trauma sévère"

contexte : "traumatisme crânien grave"

Le médecin avait coché "mort de cause naturelle". Il avait noté la "présence de lésions dans les zones cibles ou de saisie" mais cette réponse était difficilement interprétable dans ce contexte de traumatisme crânien grave. Le patient avait 45 ans.

Cas n°4 : causes suspectées de la mort: "traumatisme crânien sous AVK ou infarctus du myocarde+œdème aigu du poumon"

contexte : "retrouvé en arrêt cardio-respiratoire au sol chez lui"

Le patient avait 84 ans et des antécédents cardio-vasculaires. La "présence de lésions dans les zones cibles ou de saisie" était rapportée par le médecin mais de nouveau la réponse était ininterprétable dans ce contexte de traumatisme crânien. De plus, le médecin avait coché "mort de cause naturelle" et "accident n'impliquant pas un tiers".

Cas n°5 : cause suspectée de la mort: "traumatisme crânien-hémorragie intracrânienne? "

contexte : "retrouvé dans les escaliers, vu pour la dernière fois il y a 3 jours"

Le patient avait des antécédents d'alcoolisme et de dépression. Le médecin n'avait coché aucune des causes de décès proposées par le questionnaire.

Parmi ces 5 cas, 2 ne semblaient pas nécessiter la pose d'un obstacle médico-légal: les cas n°2 et n°4.

Une "mort de cause naturelle" était évoquée par le médecin dans le cas n°3. L'obstacle médico-légal ne semblait donc pas indiqué. L'âge du patient au moment de son décès étant de 45 ans, nous avons supposé que c'était cette donnée qui avait incité le médecin à poser l'obstacle médico-légal, peut-être dans le but d'une autopsie à visée scientifique (recherche d'une maladie héréditaire par exemple).

Nous avons choisi de "classer" cet obstacle médico-légal dans les obstacles médico-légaux justifiés mais cette interprétation reste très subjective et discutable.

Le contexte d'accident de la voie publique du cas n° 1 justifie l'obstacle médico-légal, tout comme le contexte du cas n°5.

Nous comptabilisons donc 30 obstacles médico-légaux conformes aux recommandations du Conseil de l'ordre, soit 91%.

2- Dans le groupe non-OML

• 68 certificats ont été signés sans obstacle médico-légal.

5 causes de décès ont été identifiées: les suicides (n=14), les pathologies graves évolutives (n=6), les causes cardiaques (n=31), les AVP (n=1) et les autres (n=16).

Les recommandations préconisant un obstacle médico-légal devant une mort violente (dont le suicide) et un accident de la voie publique, 15 obstacles médico-légaux auraient du être posés (14 suicides et 1 AVP).

Nous ne détaillerons pas les 31 questionnaires de "causes cardiaques", les 16 questionnaires "autres" et les 6 questionnaires "pathologies graves évolutives" mais aucun ne devait faire l'objet d'un obstacle médico-légal.

Ainsi, 53 des 68 décès n'ayant pas conduit à la pose d'un obstacle médico-légal sont en accord avec les recommandations.

Les indications de pose d'un obstacle médico-légal ont été respectées dans ce groupe à 78% (n=53).

91% des certificats ayant abouti à la pose d'un obstacle médico-légal et 78% des certificats n'ayant pas abouti à la pose d'un obstacle médico-légal étaient donc en conformité avec les recommandations du Conseil de l'Ordre.

VII/ Les suites judiciaires

L'Institut Médico-Légal de référence pour les SMUR concernés dans notre étude étant le CHU de Nantes, et le Centre Hospitalier Départemental de la Vendée étant un centre pratiquant des examens de corps, il nous a été possible de connaître le devenir des obstacles médico-légaux posés. Ont-ils abouti à un examen de corps ou à une autopsie ? Ont-ils été levés sans autre investigation médico-légale ?

La concordance entre la cause du décès suspectée lors de la certification et celle retenue lors des investigations médico-légales a été étudiée par la suite.

Les rapports des examens de corps et des autopsies étant disponibles, nous avons pu procéder à la comparaison des données.

33 obstacles médico-légaux ont été posés durant toute la période de notre étude.

Parmi ces 33 obstacles médico-légaux, 3 corps n'ont pas été identifiés par le médecin. Il ne nous a donc pas été possible de connaître les suites judiciaires de ces 3 obstacles médico-légaux.

1- Les examens de corps

2 défunts ont bénéficié d'un examen de corps au Centre Hospitalier de la Roche-sur-Yon (en Vendée) ce qui représente 6% des obstacles médico-légaux.

Détaillons les causes suspectées lors des certifications de décès et celles retenues lors de l'examen externe du médecin légiste :

- 1) Causes suspectées et contexte : "traumatisme sévère, traumatisme crânien grave"
Conclusions de l'examen de corps : "traumatisme facial et accessoirement crânien, aucune lésion traumatique évoquant l'intervention d'un tiers, décès compatible avec une mort accidentelle"

- 2) Causes suspectées et contexte : "pendaison, strangulation"
Conclusions de l'examen de corps : "décès compatible avec une pendaison d'origine suicidaire, absence d'autre lésion traumatique susceptible d'évoquer l'intervention d'un tiers"

2- Les autopsies

12 autopsies ont été réalisées sur le site du CHU de Nantes, ce qui représente 36% des obstacles médico-légaux.

Détaillons également les causes suspectées lors de la certification de décès et celles retenues lors des autopsies :

Tableau 15 : Etude des causes suspectées de décès et celles retenues lors des autopsies

Cas	Contexte du décès	Causes suspectées de décès	Conclusions de l'autopsie
1	Festival de musique	Prise de toxique	Détresse respiratoire aiguë en lien avec une prise de toxique
2	Circonstances criminelles	Hémorragie massive suite à une plaie par arme blanche en région thoracique	Hémorragie aiguë et détresse respiratoire aiguë, secondaires à un ensemble de 6 plaies par arme blanche
3	A domicile	Impossible à déterminer : brûlures du second degré de la face et du cou	Nombreuses lésions évocatrices de l'intervention d'un tiers (mais n'ayant pas entraîné le décès)- brûlures du visage : accidentelles ou intervention d'un tiers ?
4	Origine criminelle	Plaie cervicale par arme blanche, cause de mort traumatique	Choc hémorragique suite à 2 plaies cervicales par arme blanche (section carotide et veine jugulaire droite partielle) + plaie de l'épaule droite et gauche
5	Suicide probable mais plusieurs éléments constatés (position des mains et de l'arme) : nécessitent un approfondissement par un spécialiste	Plaie crânienne par arme à feu	Compatible avec un suicide, pas de mise en évidence de l'intervention d'un tiers
6	Accident du travail par chenille d'engin de	Arrêt cardio-respiratoire sur traumatisme thoracique (écrasement)	Traumatisme thoracique avec dilacération cardiaque, compatible

	chantier		avec un accident du travail
7	Délictuelle	6 coups de feu dorsaux- traumatisme thoracique balistique ayant probablement atteint des organes et des vaisseaux nobles	Coups de feu intra thoraciques, origine criminelle
8	Accident du travail	Fracas thoracique et pneumothorax complet	Traumatisme étagé avec compression par poutre
9	Accident du travail	Electrocution	Arc électrique entrée et sortie, haut voltage
10	Porte verrouillée de l'intérieur	Corps putréfié à domicile aux toilettes	Pas de mise en évidence de l'intervention d'un tiers, cause du décès non retrouvée
11	Accidentelle ou homicide ?	Chute du 4 ^{ème} étage, aurait été retenu à la fenêtre	Dilacération pulmonaire droite, pas de lésion de défense
12	Mort inexplicée du nourrisson	Mort inexplicée du nourrisson	Pas de mise en évidence de l'intervention d'un tiers, cause du décès non retrouvée

3- La concordance

Les causes de décès mises en évidence lors des différentes autopsies semblent toutes correspondre aux causes de décès suspectées lors de la certification.

Les autopsies ont permis de mieux préciser le(s) mécanisme(s) ayant entraîné la mort. Pour 2 d'entre elles, la cause du décès n'a pu être identifiée mais l'absence d'intervention d'un tiers a pu être confirmée.

Un doute sur une intervention extérieure a persisté après l'autopsie dans le cas n°3, qui n'a pas mis en évidence de cause précise de la mort. Des investigations complémentaires sont en cours.

Nous avons observé que 6 des 12 décès ayant conduit à une autopsie avaient été constatés par un médecin légiste, soit la moitié des cas.

Les médecins légistes se sont déplacés sur 5 des 6 décès pour lesquels une origine criminelle était suspectée (cas n° 2, 3, 4, 7 et 11) ainsi que sur 1 des 3 décès pour lequel le corps n'était pas identifié (cas n°10).

Nous avons également mis en évidence que 86% des obstacles médico-légaux posés par les médecins légistes avaient conduit à la réalisation d'une autopsie (6/7), pour seulement 24% des obstacles médico-légaux posés par les médecins urgentistes (6/25).

DISCUSSION

Dans notre discussion, nous confronterons nos résultats aux données de la littérature française.

La comparaison avec la littérature étrangère est difficile car la notion d'obstacle médico-légal est purement française et les systèmes judiciaires sont différents selon les pays. Cependant, quelques similitudes (que nous décrirons par la suite) ont pu être observées.

Les études françaises ci-dessous ont retenu notre attention :

a) étude rétrospective, menée au SMUR de Lyon, par **M.Vignat**, qui avait analysé 2595 comptes-rendus d'intervention primaire du SMUR, en 2005 (11)

b) étude rétrospective, menée pendant 1 an au SMUR de Rennes, par **R.Bouvet**, en 2009 (12)

c) étude rétrospective, menée pendant 6 mois auprès des marins pompiers de Marseille, par **C.Combalier**, en 2005 (13)

d) étude rétrospective, menée pendant 2 ans au CHU Henri Mondor, par **C.Dang** (14)

e) étude rétrospective, menée pendant 1 an au SMUR D'Abbeville, par **S.Sahbi**, avec pour objectif principal l'élaboration d'une fiche d'intervention médicale (15)

f) thèse d'exercice: étude rétrospective, menée pendant 7 mois au centre hospitalier d'Annecy, par **A.Giordano**, entre 2010 et 2011 (16)

g) Thèse d'exercice: étude menée sous forme d'un questionnaire théorique dans le département du Morbihan, par **B.Suply**, en 2004 (26)

I/ L'étude du questionnaire et de ses items

Le questionnaire de notre étude a été écrit dans la région Poitou-Charentes par un groupe de travail dans le but d'aider les médecins généralistes dans leur décision de poser ou non un obstacle médico-légal. La grille initiale comportait des réponses grisées qui devaient faire poser un obstacle médico-légal ou faire prendre l'avis d'un médecin légiste. Dans notre questionnaire, aucune réponse n'était grisée empêchant ainsi toute distinction entre les items déterminants et les autres.

1- Les items correspondant aux réponses grisées de la grille initiale

Pour rappel, les 5 items dont les réponses devaient entraîner la pose d'un obstacle médico-légal étaient:

- "présence de lividités dans des zones non déclives",
- "existence d'une ou plusieurs rigidités rompues",
- "présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie",
- "signes cliniques en discordance avec les antécédents connus",
- "possibilité d'établir un scénario cohérent entre les constatations et les hypothèses suivantes: mort de cause naturelle, suicide, accident n'impliquant pas un tiers".

Parmi ces 5 items, seule la "présence de lésions sur des zones cibles ou de défense" était significativement associée à la pose d'un obstacle médico-légal. Le but de cet item est de rechercher à l'examen clinique des arguments en faveur de l'intervention d'un tiers.

Cependant, l'étude des cas nous a révélé que la "présence de lésions sur des zones cibles ou de défense" n'était pas forcément discriminante, ces lésions pouvant également être causées par certains mécanismes de décès (par exemple, les AVP).

Cet item semble porter à confusion puisque les médecins n'ont pas toujours distingué la "présence de lésions sur des zones cibles ou de défense" dues à l'intervention d'un tiers de celles dues aux mécanismes de décès. Le fait de griser cette réponse aide peut-être à réduire cette confusion.

La "présence de lividités dans des zones non déclives" et l'"existence d'une ou plusieurs rigidités rompues" n'ont pas fait l'objet de différences significatives entre les groupes OML et non-OML. Toutefois, le nombre de réponse était très différent entre les deux groupes et le manque de puissance de notre étude pourrait expliquer cette absence de significativité. Une étude de plus grande ampleur serait nécessaire.

La "discordance entre les signes cliniques et les antécédents connus" du patient n'ayant été rapportée qu'une seule fois au cours de l'étude, aucune conclusion n'est possible.

"L'impossibilité d'établir un scénario cohérent" a été significativement associée à la pose d'un obstacle médico-légal. Mais ces résultats sont à interpréter avec prudence devant un taux de réponse inférieur à 50% dans chaque groupe (OML et non-OML).

2- Les autres items

L'étude des autres items du questionnaire nous a révélé que des "antécédents d'alcoolisme" et des "antécédents de toxicomanie" étaient significativement associés à la pose d'un obstacle médico-légal.

Cela peut soulever plusieurs questions: Quelles sont les causes de décès des patients aux antécédents d'addictions? Leurs décès sont-ils plus souvent d'origine délictuelle? Ou bien existe-t-il de la part des médecins des préjugés sociaux ?

Une étude finlandaise avait démontré que parmi les 47 751 décès ayant eu lieu en 2005 en Finlande, 2348 étaient liés à une intoxication par l'alcool et/ou d'autres drogues. Dans 24,1%, l'alcool était le seul agent toxique retrouvé. Parmi les décès liés à une consommation excessive d'alcool, les morts violentes représentaient 58,7%. Ces morts violentes comprenaient les accidents (31,5%), les suicides (20,3%), les homicides (3,8%) et les causes de décès indéterminées (3,1%). Les auteurs avaient également noté qu'il existait probablement une sous-estimation des états d'ébriétés dans les décès par accidents, suicides et homicides (9).

Une 2^{ème} étude finlandaise avait mis en évidence que dans 9 décès sur 10, le rôle joué par l'alcool dans le décès était une intoxication aigüe. Dans les 10% restant, il existait un syndrome de dépendance à l'alcool et la cause du décès était une chute ou un suicide. Dans cette étude, les auteurs parlaient également d'une sous-estimation des accidents et morts violentes liés à l'alcool (10).

Les items "désordre anormal de l'environnement", "présence de substances suspectes et/ou biologiques" et "présence de lésions sur des régions habituellement non exposées aux traumatismes" ont été significativement plus associés à la pose d'un obstacle médico-légal. Ces items pourraient faire évoquer l'intervention d'un tiers mais ne font pourtant pas partie des 5 items choisis devant faire poser un obstacle médico-légal.

Des modifications seraient-elles à apporter au questionnaire? Au vu des résultats de notre étude, d'autres items devraient-ils faire l'objet d'un obstacle médico-légal?

D'autres études sont nécessaires.

L' "issue de liquide par la bouche ou le nez" n'oriente pas vers l'intervention d'un tiers et ne peut être à l'origine de la pose d'un obstacle médico-légal.

Il peut, dans certaines circonstances, orienter sur le mécanisme du décès.

Ce résultat est surprenant et il serait intéressant de comprendre pourquoi les médecins l'ont associé à la pose d'un obstacle médico-légal. Vers quelles causes de décès s'orientent-ils et ont-ils réellement comme arrière-pensée l'intervention d'un tiers ?

3- L'adéquation entre la pose (ou non) d'un obstacle médico-légal dans notre étude et la grille initiale

La décision de poser ou non un obstacle médico-légal a été conforme à la grille initiale dans plus de 76% des cas.

Les médecins semblent donc bien connaître les facteurs devant leur faire poser un obstacle médico-légal.

Les réponses grisées ayant été masquées dans notre étude, nous pouvons penser que la grille initiale permet d'optimiser la prise de décision en "rattrapant" les 24% de médecins en inadéquation avec la grille initiale.

L'étude des 5 cas d'obstacles médico-légaux non conformes à la grille initiale a finalement démontré qu'ils étaient justifiés par leur contexte ou suite aux recommandations du Conseil de l'Ordre.

C'est une des "limites" de la grille que nous pouvons discuter. En effet, le suicide n'apparaît pas dans la grille initiale comme une justification d'obstacle médico-légal si le médecin ne suspecte pas l'intervention d'un tiers, contrairement aux recommandations du Conseil de l'Ordre.

La grille initiée dans le Poitou-Charentes a été rédigée par un groupe de travail comprenant des médecins légistes et des médecins généralistes. Cette grille est-elle à adapter aux recommandations ou celles-ci sont-elles difficilement applicables au quotidien ?

Une étude sur le suicide serait extrêmement intéressante car une question reste essentielle : le suicide doit-il systématiquement entraîner la pose d'un obstacle médico-légal ?

II/ Confrontation avec la littérature

1- Les obstacles médico-légaux

Durant notre étude menée sur une période de 3 mois, 32,7% des décès (33/101) ont fait l'objet d'un obstacle médico-légal.

Une étude a retrouvé un résultat similaire : l'étude lyonnaise de M.Vignat qui avait constaté 33% d'obstacles médico-légaux (78 obstacles /236 décès) (11).

Plusieurs autres études ont retrouvé un taux d'obstacles médico-légaux inférieur :

- l'étude de R.Bouvet avait retrouvé 21,92% d'obstacles médico-légaux (73/333 décès) (12).

- l'étude de C.Combalier avait mis en évidence 24% d'obstacles médico-légaux (72/302 décès) (13).

- C.Dang avait également mis en évidence 24% d'obstacles médico-légaux (183/778 décès) (14).

- S.Sahbi avait recensé 27,1% d'obstacles médico-légaux (28/103 décès) (15).

Une étude a retrouvé un taux d'obstacles médico-légaux supérieur:

- A.Giordano avait comptabilisé 45,9% d'obstacles médico-légaux (17/37 décès) (16).

L'absence de centre de référence local (départemental) dans les territoires que nous avons choisi pour notre étude pourrait expliquer notre taux plus élevé d'obstacles médico-légaux. En effet, l'absence de formation spécifique des médecins urgentistes, la peur de "passer à côté" d'un décès d'origine délictuelle et la faible disponibilité des médecins légistes pourraient expliquer ces différences. L'hôpital d'Annecy ne comportant pas d'Institut Médico-Légal ni de réseau de proximité, les raisons que nous évoquons dans notre étude pour expliquer ce taux élevé d'obstacles médico-légaux peuvent s'appliquer aux travaux de A.Giordano.

A l'inverse, les hôpitaux de Rennes, Lyon et Marseille sont des centres où des Instituts Médico-Légaux existent. L'hôpital d'Abbeville compte pour sa part un service de médecine légale de proximité.

Le recours à des avis spécialisés de médecins légistes semblerait donc plus facile dans ces hôpitaux et cette proximité pourrait expliquer en partie cette hétérogénéité dans les études.

En résumé, nous émettons l'hypothèse que la présence de médecins légistes limite le nombre d'obstacles médico-légaux.

Pourtant, dans notre étude, ce sont bien les médecins légistes qui en ont posé le plus.

Ces deux informations, qui semblent de prime abord contradictoires, s'expliquent facilement. La Vendée et Châteaubriand étant dépourvus de centre de proximité, les médecins légistes ne se déplacent dans ces territoires que pour des décès pour lesquels une origine délictuelle est suspectée et donc pour lesquels un obstacle médico-légal sera quasiment toujours posé.

Mais ces déplacements restreints et spécifiques n'empêchent pas la pose d'obstacles médico-légaux par les médecins urgentistes qui, le reste du temps, sont seuls face aux diverses situations.

2- L'âge des patients

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que les patients décédés étaient significativement plus jeunes lorsqu'un obstacle médico-légal était posé. La moyenne d'âge du groupe OML était de 43 ans contre 70 ans dans le groupe non-OML.

L'analyse de la littérature confirme ce résultat.

En effet, l'étude de R.Bouvet avait constaté la même tendance, avec une moyenne d'âge dans le groupe OML de 44,89 ans (12).

Dans l'étude de M.Vignat, 58% des défunts du groupe OML avaient moins de 60 ans (11).

L'étude de C.Combalier retrouvait que les médecins avaient posé moins d'obstacles médico-légaux chez les patients de plus de 70 ans (13).

L'étude de S.Sahbi ne comptait quant à elle qu'un seul obstacle médico-légal dans son groupe de patients de plus de 70 ans (15).

Il semblerait donc que l'âge du patient au moment de son décès soit un facteur déterminant lors de la pose d'un obstacle médico-légal.

3- Les causes de décès

a) Généralités

• La mort violente

Elle est régie par l'article 81 du Code Civil.

Environ 20 000 morts violentes sont répertoriées chaque année en France (17).

La mort violente désigne un décès résultant de l'emploi de la force ou faisant suite à l'intervention d'une cause extérieure soudaine et brutale. Elle soulève la question d'un délit ou d'un crime.

→ Les accidents (voie publique, travail, domestique) sont des actes involontaires pour lesquels le lien de causalité entre la mort et le traumatisme est souvent évident. L'obstacle médico-légal doit être posé car ce sont des situations où la possibilité d'un tiers responsable est à envisager.

→ Les suicides sont des actes volontaires, effectués dans le seul but de se donner la mort. Ce n'est pas au médecin de définir le caractère suicidaire de la mort, c'est à la justice. Le suicide justifie donc théoriquement la pose d'un obstacle médico-légal. En effet, la possibilité d'un crime maquillé en suicide doit faire intervenir les forces de l'ordre qui procéderont à une enquête. Selon les résultats de celle-ci, l'obstacle médico-légal sera levé ou non.

Notons que le suicide est la première cause de mort violente en France (18).

En 2010, 10 334 suicides ont été déclarés, avec un pic de fréquence dans la tranche d'âge des 45-64 ans. Ils représentent 2% de la mortalité générale. Le mode opératoire le plus fréquent est la pendaison (32 à 54%) (19).

→ Les homicides sont les actes (volontaires ou non) d'un tiers entraînant le décès d'une personne. L'obstacle médico-légal doit être posé lorsqu'une origine criminelle est suspectée ou avérée.

• La mort suspecte

Elle est régie par l'article 74 du Code de Procédure Pénale.

Pour la justice, la mort suspecte est la mort qui, de prime abord, n'est pas clairement explicable, ou qui peut mettre en cause un tiers, ou qui survient dans des circonstances inhabituelles, ou qui peut trouver son origine dans une infraction. Le doute qui habite alors le médecin lors de la rédaction du certificat de décès doit lui faire signer un obstacle médico-légal.

• La mort naturelle

Elle est régie par l'article 78 du Code Civil.

C'est le décès qui est attendu et qui résulte de l'évolution d'une pathologie chronique ou du vieillissement naturel de la personne. Cette situation ne nécessite pas d'obstacle médico-légal (17).

b) Dans notre étude

Plusieurs causes de décès ont pu être individualisées dans notre étude. Certaines avaient déjà été mentionnées dans des publications et nous avons pu les comparer.

• La cause cardiaque

Elle représentait 45,6% des décès de notre étude (31/101) et aucun n'a fait l'objet d'un obstacle médico-légal.

Dans son étude, R.Bouvet avait constaté qu'aucun des 12,6% décès dont l'origine était attribuée à un trouble cardiaque n'avait fait l'objet d'un obstacle médico-légal (12).

C.Combalier avait retrouvé que la notion de douleur thoracique était inversement corrélée à la pose d'un obstacle médico-légal (13).

L'origine cardio-vasculaire ne doit pas faire l'objet d'un obstacle médico-légal car elle est naturelle. C'est toutefois une cause fréquente (près de la moitié des décès de notre groupe non-OML), mais n'est-elle pas surestimée ?

Il faut savoir que le département de la Vendée compte 25% de personnes de plus de 60 ans (en 1999)(20) et que le territoire de Chateaubriand en compte 22,6% (en 2006)(21). L'agglomération rennaise en dénombre 17% (en2008)(22).

Les pathologies cardiaques se développant avec l'âge, la population plutôt âgée de notre étude pourrait expliquer ce taux élevé.

Toutefois, ne connaissant pas la moyenne d'âge de la population dans chaque centre, un biais de confusion pourrait être discuté.

La littérature étrangère retrouve également des taux élevés de décès d'origine cardiaque et une surestimation est évoquée par les auteurs.

Dans l'étude menée par GN Ruddy au centre médico-légal de Sheffield, 36% des décès avaient été attribués à une origine cardiaque, ce qui n'avait été confirmé que dans 71,3% des cas par les investigations médico-légales (23).

En 1990, Peter Cummings avait affirmé que l'origine cardiaque était surestimée au détriment d'autres causes (accident vasculaire cérébral, embolie pulmonaire, etc...) (24).

Dans l'étude menée en 2010 dans la ville de New-York, 45% des résidents avaient rattaché à tort les décès à une cause cardiaque (25).

• L'accident de la voie publique

Dans notre étude, 5 accidents de la voie publique ont été constatés (5% des décès) et 4 ont fait l'objet d'un obstacle médico-légal.

Dans l'étude de R.Bouvet, 15 accidents de la voie publique avaient été constatés (4,5% des décès) mais 1 seul avait fait l'objet d'un obstacle médico-légal et ce uniquement parce que le défunt n'était pas identifiable (12).

Dans sa thèse, B.Suply avait mis en évidence que 22% des médecins ne posaient pas d'obstacle médico-légal devant le décès d'un patient par accident de la voie publique, que 18% en posaient un de façon systématique et que 52% d'entre eux analysaient surtout le contexte du décès (26).

Le Conseil de l'Ordre recommande la pose d'un obstacle médico-légal devant tout accident de la voie publique. Cela semble pourtant difficile à appliquer quotidiennement. En effet, les médecins urgentistes sont régulièrement confrontés à ces situations et toutes ne relèvent pas d'un délit. Analyser le contexte de l'accident pourrait être le meilleur compromis, bien que cela ne soit pas la stratégie proposée par le Conseil de l'Ordre.

• L'origine criminelle

Dans notre étude, 3 décès d'origine criminelle (9% des obstacles médico-légaux posés) ont été clairement identifiés dès l'examen clinique externe. Tous ont fait l'objet d'un obstacle médico-légal.

Dans l'étude de R.Bouvet, 4 décès d'origine criminelle ont été constatés et tous avaient également bénéficié d'un obstacle médico-légal (12).

Le décès d'origine criminelle avérée semble donc être systématiquement source d'un obstacle médico-légal.

• Les suicides

Dans notre étude, il n'y a pas eu significativement plus d'obstacle médico-légal posé devant un suicide.

Cette circonstance de décès est celle pouvant questionner le plus les médecins sur la nécessité de poser un obstacle médico-légal.

Bien que le suicide soit une indication d'obstacle médico-légal dans les recommandations du Conseil de l'Ordre (figurant aussi au dos du certificat de décès, toutes les études révèlent une différence nette entre la théorie et la pratique :

- l'étude de R.Bouvet avait constaté 54 décès par suicide (16,2% des cas). Seulement 61,1% avaient abouti à la pose d'un obstacle médico-légal (33/54) (12).

- l'étude de S.Sahbi avait rapporté 7 décès par suicide dont 4 seulement avaient conduit à la pose d'un obstacle médico-légal. Comme dans notre étude, cette différence n'était pas significative (15).

- dans sa thèse, B.Suply avait mis en évidence que 53% des médecins ne posaient pas d'obstacles médico-légaux devant un suicide simple et évident (26).

Nous constatons donc que les recommandations ne sont pas toujours bien suivies.

Lors d'un suicide, les pressions extérieures (familiale, force de l'ordre, etc...) peuvent être importantes et source de difficultés médicales dans l'évaluation du décès. Des antécédents de

dépression et/ou de tentatives de suicide et la présence d'un écrit sont des éléments qui peuvent faciliter la tâche du médecin mais également la compliquer en le rendant moins méfiant à l'égard de l'intervention d'un tiers.

L'étude de R.Bouvet avait également observé que la pose d'un obstacle médico-légal était systématique lors de l'utilisation d'une arme à feu ou d'une intoxication médicamenteuse volontaire (12).

A contrario, la pendaison, qui représentait le mode opératoire le plus important (10,8% des suicides), avait entraîné un obstacle médico-légal dans moins de la moitié des cas.

Dans notre étude, la pendaison était également le mode opératoire le plus fréquent dans les deux groupes.

Ces constatations sont assez surprenantes car la pendaison est un mode opératoire pouvant masquer l'intervention d'un tiers si l'examen clinique n'est pas minutieux.

Dans une étude menée en Irlande du Nord, Walsh B. avait mis en évidence que les blessures à l'arme blanche et la pendaison étaient des situations toujours considérées comme des suicides, ce qui n'était pas toujours le cas des noyades, des intoxications médicamenteuses et des blessures par arme à feu (27).

De plus, dans notre étude, nous avons mis en évidence que certains éléments étaient significativement associés à l'hypothèse d'un suicide: la "présence d'un écrit", la "présence d'une arme" ou un "antécédent de dépression". Mais ces éléments sont-ils suffisants pour poser un diagnostic de suicide ? Quels seraient les arguments pertinents permettant d'écarter le caractère suspect de la mort devant un suicide?

III/ Les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins et l'obstacle médico-légal

Dans notre étude, 91% des certificats ayant abouti à la pose d'un obstacle médico-légal et 78% des certificats n'ayant pas abouti à la pose d'un obstacle médico-légal étaient donc en adéquation avec les recommandations du Conseil de l'Ordre.

Dans l'étude lyonnaise de M.Vignat, les recommandations avaient été suivies à 87% (11).

Dans sa thèse, A.Giordano avait observé qu'elles avaient été suivies à 83,8% (16).

Les recommandations du Conseil de l'Ordre semblent donc globalement plutôt bien suivies.

Toutefois, 22% des certificats de décès de notre étude n'ont pas abouti à la pose d'un obstacle médico-légal, alors même que la cause du décès l'aurait justifiée.

Cette situation avait également été observée dans 11% des décès d'une étude qualitative menée à l'hôpital de Garches en 2010 (7).

La notion d'obstacle médico-légal est purement française mais nous retrouvons dans la littérature anglo-saxonne des similitudes quant à la difficulté des médecins à alerter la justice devant un décès possiblement suspect.

Start et al. avaient montré que les décès signalés au Coroner ne répondaient généralement pas aux exigences attendues en fonction des circonstances de décès (28,29).

Dans une autre étude menée par RD Start, les médecins avaient reconnu avoir des lacunes et de fausses croyances concernant les décès à signaler au Coroner. Un nombre élevé souhaitait se former, notamment pour les situations de suicide et d'intoxication médicamenteuse (30).

B.Suply avait lui conclu sa thèse en énonçant que 90% des médecins souhaitaient une formation plus spécifique en médecine légale (26).

Notons que dans notre étude, les suicides et les accidents de la voie publique représentaient la totalité de situations où les certificats de décès de n'ont pas abouti à la pose d'un obstacle médico-légal alors que la cause du décès l'aurait théoriquement justifiée. Or, ce sont deux causes de décès pouvant réellement porter à discussion quant à la nécessité systématique de poser un obstacle médico-légal.

Ainsi, les recommandations du Conseil de l'Ordre ne seraient-elles pas à nuancer voire à modifier? Sont-elles trop éloignées de la réalité du terrain, en particulier pour les suicides et les accidents de la voie publique?

IV/ Les autopsies

1- Généralités

En France, il existe deux types d'autopsies: les scientifiques et les judiciaires.

- L'autopsie scientifique a pour unique objectif la détermination de la cause du décès. L'origine délictuelle de la mort n'est pas recherchée, son intérêt est purement médical. Elle est financée par les hôpitaux eux-mêmes.

- L'autopsie judiciaire est réalisée à la demande d'un magistrat, d'un procureur de la République ou d'un juge d'instruction. Elle est pratiquée dans le but d'apporter des éléments médicaux sur la cause et le mécanisme du décès. Elle permet au médecin de se prononcer sur l'intervention ou non d'un tiers dans le processus mortifère. Elle est entièrement prise en charge par la justice française. Personne ne peut s'y soustraire, y compris la famille de la victime.

Le 2 février 1999, le Conseil de l'Europe a établi des recommandations n° R(99)3 relatives à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie judiciaire:

- 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 militaires
- corps non identifié ou restes squelettiques (6)

Des études ont démontré que les autopsies ne parvenaient pas à identifier la cause du décès dans 1 à 5% des cas, (31) bien que certaines aient rapporté des taux beaucoup plus élevés d'incertitude post-autopsie (32).

2- Les études

Dans notre étude, 12 autopsies ont été pratiquées, représentant 36% des obstacles médico-légaux (Nb: nous n'avons pu savoir ce qu'il est advenu des deux corps non identifiés pour lesquels un obstacle médico-légal avait été posé).

Ainsi, moins de la moitié des obstacles médico-légaux ont bénéficié par la suite d'une autopsie.

C.Dang avait mis en évidence que 43% des obstacles médico-légaux avaient bénéficié d'une autopsie (14).

A.Giordano avait constaté dans son étude 2 autopsies, soit 12% des obstacles médico-légaux (16).

Nous constatons donc que peu d'obstacles médico-légaux aboutissent à une autopsie, contrairement à ce que semblent penser certains médecins (B.Suply avait noté que 26,5% des médecins pensaient qu'une autopsie faisait systématiquement suite à la pose d'un obstacle médico-légal (26)).

Ce résultat soulève l'hypothèse d'obstacles médico-légaux posés par excès.

Un autre résultat nous permet d'étayer celle-ci: dans notre étude, 86% des obstacles médico-légaux posés par les médecins légistes ont conduit à la réalisation d'une autopsie (6/7), contre seulement 24% des obstacles médico-légaux posés par les médecins urgentistes (6/25).

Ces données suggèrent donc que des obstacles médico-légaux sont posés par excès par les médecins urgentistes, moins formés que les médecins légistes pour appréhender la problématique de l'obstacle médico-légal.

Toutefois, un autre élément est à prendre en compte pour expliquer que la quasi-totalité des obstacles posés par les médecins légistes a abouti à une autopsie : dans notre étude, ils s'étaient déplacés principalement sur des décès d'origine suspecte (ceci étant renforcé par leur nombre restreint dans la région Pays de la Loire).

3- Concordance entre la cause du décès suspectée et celle mise en évidence à l'autopsie

9 des 12 autopsies pratiquées dans notre étude ont confirmé la cause du décès suspectée au moment du constat.

Dans 25% des cas (3/12), l'autopsie n'a pas permis de retrouver la cause exacte de la mort.

Ces données diffèrent avec les différentes études qui ont pu être menées à l'étranger.

En effet, une étude slovène avait démontré que dans 10% des cas, la cause de décès retrouvée à l'autopsie était différente de la cause de décès évoquée par le médecin (33).

Dans l'étude menée par Richard Stevenson, 15,6% d'erreurs ont été retrouvés entre la cause suspectée de la mort et la cause mise en évidence lors de l'autopsie (34).

Une revue de la littérature effectuée entre 1996 et 2002 avait retrouvé que malgré la diminution du taux de discordance, le risque d'erreurs majeures était compris entre 8 et 24% (35).

Kendall et al. avait identifié 15,6% d'erreurs diagnostiques (36) tandis que Jayawardena et al. en avait recensé 24,9% (37).

Cette différence peut être expliquée par différents points.

Tout d'abord, notre étude s'est déroulée sur 3 mois ce qui est une très courte période et le nombre d'autopsie pratiquées (n=12) n'est pas assez important pour faire de nos conclusions des généralités.

Ensuite, la moitié des autopsies (6/12) ont fait suite à une levée de corps par un médecin légiste. Etant spécialisé dans la thanatologie, il semble assez cohérent que leurs diagnostics initiaux soient ceux finalement retrouvés lors des investigations médico-légales.

V/ Les biais et les limites de notre étude

Notre étude comporte deux biais principaux.

- Il existe tout d'abord un **biais de sélection**. En effet, notre étude s'est déroulée sur l'ensemble du département de la Vendée et du territoire de Chateaubriand. Même si elle est multicentrique, ces territoires restent limités au regard de la France. De plus, ce sont 2 zones totalement dépourvues de structures médico-légales de proximité qui ne peuvent donc pas être représentatives de toutes les régions françaises.

- Un **biais de mémorisation** est également à noter. Durant le dernier mois de notre étude, nous avons dû recontacter les médecins urgentistes ayant constaté des décès sans remplir de questionnaire. Afin de limiter au maximum ce biais, nous leur avons fourni une grille vierge, agrafée au dossier SMUR du patient décédé.

Notre étude comporte également deux limites importantes.

- Tous les décès constatés n'ont pas fait l'objet d'un questionnaire (taux de participation de 61,6%). Plusieurs hypothèses sont à avancer.

-les médecins urgentistes sont régulièrement sollicités pour participer à des études et il est tout à fait possible que plusieurs se soient déroulées en même temps. Il peut donc leur être difficile de participer à toutes.

-de plus, l'exercice du SMUR se déroulant toujours en urgence, il est tout à fait envisageable qu'un médecin, aussitôt le certificat de décès signé, soit appelé sur une autre intervention et soit obligé de partir très rapidement. Le questionnaire ne sera alors bien sûr pas une priorité. Cette continuité des soins 24h/24 entraîne souvent une diminution de participation la nuit, moment le plus difficile à gérer pour le médecin (beaucoup d'urgences, sommeil, etc..).

- Notre échantillon (le nombre de sujet inclus) a été relativement faible (notre étude ne s'étant déroulée que sur 3 mois), limitant la puissance de l'étude et sa représentativité de la population française.

VI/ Ouverture

1- Des études possibles

L'analyse des différents items de notre grille nous a permis de mettre en évidence plusieurs résultats intéressants. La puissance trop faible de notre étude ne nous autorise pas à affirmer une quelconque généralité mais nous permet de réfléchir à de nouvelles recherches.

- **L'impact des antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie**

Nous avons observé que des antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie étaient significativement associés à la pose d'un obstacle médico-légal.

Ces deux addictions pourraient-elles être des facteurs discriminants lors de la pose d'un obstacle médico-légal? Les décès d'origine délictuelle sont-ils plus nombreux chez les patients souffrant (ou ayant souffert) d'addictions? Existe-t-il des préjugés de la part des médecins?

- **Le cas particulier du suicide**

Nous avons constaté qu'un suicide ne faisait pas systématiquement l'objet d'un obstacle médico-légal (absence de différence significative entre le groupe OML et le groupe non-OML) malgré les recommandations du Conseil de l'Ordre et la présence de cette indication au dos du certificat de décès. Cette donnée a été confirmée par de nombreuses études (15,26).

Nous avons déjà essayé d'apporter précédemment quelques éléments de réponse.

Une étude centrée sur le suicide permettrait de comprendre le raisonnement du médecin lors de l'évaluation post mortem.

2- Des propositions

Un médecin, durant ses études universitaires, et ce quelque soit sa spécialité, est formé à l'examen clinique d'un patient vivant et aux signes cliniques négatifs de la vie. Mais les signes positifs de la mort et la thanatologie ne sont jamais enseignés. La médecine légale est une formation supplémentaire et facultative.

Lors de l'examen clinique d'un défunt, les repères médicaux habituels peuvent changer et savoir les interpréter n'est pas toujours aisé.

L'obstacle médico-légal est une notion difficile à décrire car il n'en existe aucune définition précise. C'est le seul moyen qui permet aux médecins d'alerter la justice lorsqu'un décès leur paraît trouver sa source dans un délit ou une infraction.

L'analyse de la situation post-mortem (contexte du décès et examen clinique du défunt) est un élément essentiel à maîtriser.

- La formation des médecins amenés à constater régulièrement des décès est donc fondamentale. Toutes les études tendent à démontrer qu'elle est indispensable et que les professionnels de santé souhaiteraient la renforcer (1,26). Elle pourrait être initiée par des médecins légistes.

- La création d'une permanence de médecins légistes est une proposition qui pourrait séduire tous les médecins. En effet, le recours à leurs avis 24h/24 pourrait aider les médecins urgentistes et généralistes lorsqu'ils se trouvent dans des situations médico-légales compliquées. Cette collaboration permettrait également de faciliter les échanges entre les professionnels de santé et les forces de l'ordre.

- Les recommandations du Conseil de l'Ordre (pour l'obstacle médico-légal) et les recommandations européennes (pour l'autopsie) semblent mal connues des médecins. Cette constatation n'est pas nouvelle et avait déjà été décrite dans divers travaux (1,7). Ces recommandations seraient-elles trop obsolètes ou en inadéquation avec les situations cliniques actuelles? Serait-il envisageable de les modifier afin de les rendre plus accessibles et adaptées aux pratiques médicales?

CONCLUSION

Au terme de notre étude, les pratiques médicales actuelles semblent globalement en adéquation avec le système médico-judiciaire français en matière d'obstacle médico-légal. Néanmoins, une définition claire et précise de la notion d'obstacle médico-légal (notion purement française) semble nécessaire pour harmoniser les pratiques.

Par ailleurs, les recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins indiquant les décès devant faire l'objet d'obstacles médico-légaux sont insuffisamment suivies, et en particulier dans les situations de suicide. D'autre part, des obstacles sont parfois posés excessivement. Le manque de formation des médecins dans le domaine de la thanatologie et la difficulté d'application des recommandations avec la réalité du terrain pourraient expliquer en grande partie la situation actuelle.

Des "grilles d'aide à la décision médicale" ont été conçues pour aider les médecins généralistes dans les situations médico-légales compliquées. Mais leur utilisation en pratique est difficile car elles portent sur l'analyse de la situation post-mortem (à la fois clinique et contextuelle), domaine dans lequel les médecins généralistes sont peu ou pas formés. L'implication permanente de médecins légistes est nécessaire et les réseaux de proximité sont à développer.

Le suicide est l'indication d'obstacle médico-légal la moins suivie et des différences existent selon les modes opératoires. La compréhension des raisonnements médicaux dans cette situation est indispensable pour améliorer leur prise en charge.

Les recommandations européennes en termes d'autopsie sont également peu respectées. Cet examen post-mortem est pourtant une ressource précieuse, permettant de qualifier les décès et de fournir d'importants renseignements aux enquêteurs.

Mais la vision de l'autopsie par le monde médical et le monde judiciaire est très différente. Tout au long de leurs études, les médecins sont formés à diagnostiquer des pathologies et l'autopsie est pour eux un moyen essentiel pour y parvenir en post-mortem. Le système judiciaire ne voit lui dans cette investigation médico-légale que le moyen de qualifier un décès selon un délit ou une infraction.

Cette disparité peut altérer leur collaboration.

Le nombre d'autopsies diminuant chaque année en France, nous pouvons nous inquiéter de la pérennité du système médico-judiciaire actuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vial-Reyt K, Vallée J. Certification de décès et médecins généralistes: opinions sur les propositions d'amélioration. *Rev Prat.* 2011;61(10):1401-9.
2. Code civil. Des actes de décès: articles 77 et 78. 1803.
3. Publique C de la S. Règles communes à tous les modes d'exercice: article R4127-76.
4. Bulletin officiel du Ministère de la Justice et des Libertés. 2010. Report No.: 2011-01.
5. Conseil de l'Ordre des médecins. Indications de l'obstacle médico-légal-Le certificat de décès. janv, 1999.
6. Conseil de l'Europe. Harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. R(99)3 févr, 1999.
7. Nguyen F, Mathy F, Hervé C. Comment bien remplir un certificat de décès? *Rev Prat.* 2012;62(6):759-63.
8. Beauthier J-P. *Traité de médecine légale.* Bruxelles; [Paris]: De Boeck; 2011.
9. Lahti RA, Sajantila A. Under-recording of ethanol intoxication and poisoning in cause-of-death data: causes and consequences. *Forensic Sci Int.* 2011;212:121-5.
10. Mäkelä P. Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy. *Eur J Public Health.* 1998;(8):43-51.
11. Vignat M, Ughetto J. Certificat de décès :obstacle médico-légal ou mort naturelle? Une réalité pratique. *J Eur Urgences.* 2007;20(15):124.
12. Bouvet R, Dubourdieu V. Les urgentistes face à l'obstacle médico-légal. *Rev Médecine Légale.* 2012;3(2):51-6.
13. Combalier C, Savini H. Le médecin urgentiste face à l'obstacle médico-légal: une formation à renforcer. *J Eur Urgences.* 2007;20(1S):122-3.
14. Dang C, Jabre P. Certificats de décès avec obstacle médico-légal en médecine d'urgence préhospitalière: incidence, indications et suites médico-légales. *Ann Fr Médecine Urgence.* 2013;3:9-13.

15. Sahbi S. Elaboration d'une fiche d'intervention médicale en cas d'obstacle médico-légal. Journée annuelle de médecine d'urgence de Picardie; 2011.
16. Giordano A. Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier: évaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Grenoble; 2011.
17. Canas F, Lorin de la Grandmaison G. L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès. *Rev Prat.* 2005;55(6):587-94.
18. Debout M, Faict T. Suicide: comment remplir le certificat de décès? *Rev Prat.* 2001;15(547):1613-5.
19. INSERM. Le suicide en France et dans le monde. 2010.
20. Le Cars N. Les besoins gérontologiques en pays yonnais [Internet]. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2005. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/PA/2005besoin_geronto_yonnais.pdf
21. Observatoire du Conseil de développement. Les évolutions démographiques du pays de Châteaubriant [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.paysdechateaubriant.com/IMG/pdf/etude_demo.pdf
22. Observatoire données sociales. Les plus de 60 ans à Rennes: les dynamiques du vieillissement à Rennes. 2012.
23. Ruddy G, Duerden R. Are coroners' necropsies necessary? A prospective study examining whether a « view and grant » system of death certification could be introduced into England and Wales. *J Clin Pathol.* 2001;(54):279-84.
24. Cummings P. Cause of death in an emergency department. *Am J Emerg Med.* 1990;(8):379-84.
25. Barbara A Wexelman, Eden E. Survey of New-York City Resident Physicians on Cause-of-Death Reporting, 2010. *Prev Chronic Dis.* 2013;10.
26. Suply B. La certification des décès posant un problème médico-légal dans l'exercice de la médecine pré-hospitalière. [Faculté de médecine]: Rennes; 2004.
27. Walsh B, Walsh D. Suicide in Dublin: the influence of some social and medical factors on coroners' verdicts. *Br J Psychiatry.* avr 1975;126:309-12.
28. Start R, Delargy-Aziz Y. Clinicians and the coronial system: ability of clinicians to recognise reportable deaths. *Br Med J.* avr 1993;306:1038-41.
29. Start R, Brain S. Analysis of necropsy request behaviour of clinicians. *J Clin Pathol.* 1996;49(1):29-33.
30. Start R, Usherwood T. General practitioner's knowledge of when to refer deaths to a coroner. *Br J Gen Pract.* 1995;(45):191-3.

31. Shojania K, Burton E. The Autopsy as an Outcome and Performance Measure. *Agency Healthc Res Qual.* 2002;
32. Zehr K, Liddicoat J. The autopsy:still important in cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.* 1997;64:380-3.
33. Ermenc B. Comparison of the clinical and post mortem diagnoses of the cause of death. *Forensic Sci Int.* 2000;114(2):117-9.
34. Stevenson R. Death certification practices of forensic physicians within the Strathclyde region of Scotland,UK. *J Forensic Leg Med.* 2008;15:245-9.
35. Kaveh G, Shojania M. Changes in rates of Autopsy-Detected Diagnosis Errors Over Time: a systematic review. *J Am Med Assoc.* 2003;289(21):2849-56.
36. Kendall I, Wynn S. A study of patients referred from A&E for coroners post-mortem. *Arch Emerg Med.* 1993;(10):86-90.
37. Jayawardena S, Lauro J. Death within 48hours of admission to the emergency department: the value of autopsy. *Am J Med Sci.* 2007;334:87-91.

MODALITÉS DE REMPLISSAGE DU VOLET ADMINISTRATIF

IMPORTANT

1 - La date et l'heure du décès doivent être précisées, le cas échéant de manière approximative. Ne pas indiquer la date du constat. Toutefois, dans le cas d'un décès présentant un obstacle médico-légal, ces mentions seront confondues ultérieurement par l'expertise médico-légale.

2 - **Obstacle médico-légal** : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice.

Les opérations funéraires suivantes sont suspendues jusqu'à autorisation donnée par l'autorité judiciaire :

- don du corps (article R 363-10 du code des communes)
- soins de conservation (article R 363-1 du code des communes)
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt ou vers un établissement de soins (article R 363-6 du code des communes)
- admission avant mise en bière en chambre funéraire (articles R 361-37 et R 361-38 du code des communes)
- prélèvement en vue de rechercher la cause du décès (article R 363-11 du code des communes)
- fermeture du cercueil (article R 363-23 du code des communes)
- inhumation (par voie de consigne)
- crémation (article R 361-42 du code des communes).

Les mêmes opérations funéraires sont suspendues lorsque des droits sont liés à la cause du décès (accident du travail, maladie professionnelle, conséquence des Mémoires pour un pensionné de guerre).

3 - **Mise en bière immédiate** : maladies contagieuses (arrêté santé du 17 novembre 1986, JO R.E. du 20 décembre 1986) ; maladies épidémiques ou mortelles due du strept (article R 363-19 du code des communes). La nature du cercueil imposé en fonction de la maladie est indiquée aux points 4 et 5 ci-après.

Les opérations funéraires suivantes sont impossibles :

- don du corps
- soins de conservation
- transport de corps avant mise en bière vers la résidence du défunt
- admission avant mise en bière en chambre funéraire
- prélèvement en vue de rechercher les causes du décès (article R 363-11 du code des communes)

4 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : varicelle et autres orthopoxviroses ; ébola ; charbon ; fièvres hémorragiques virales.

5 - **Mise en bière immédiate dans un cercueil simple** : certaines maladies contagieuses (arrêté santé précité) ;
Liste des maladies contagieuses concernées : peste ; hépatites virales sauf hépatite A confirmée ; rage ; Sida.

6 - **Don du corps** (article R 363-10 du code des communes) : impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse. La carte de donateur doit être demandée.

7 - **Prélèvement en vue de rechercher la cause du décès** (article R 363-11 du code des communes) : à la demande du médecin qui constate le décès (impossible en cas d'obstacle médico-légal ou de maladie contagieuse) ; à la demande du préfet (article R 363-20 du code des communes).

8 - **Prothèse** (article R 363-16 du code des communes) : toute prothèse renfermant des radio-éléments artificiels doit être enlevée avant la mise en bière. Toute prothèse fonctionnant au moyen d'une pile doit être enlevée avant la crémation.

à détacher et à joindre au bulletin d'état civil correspondant, au moment de l'envoi
au Médecin de l'Agence régionale de santé

Document confidentiel

Ne doit être ouvert que par
le Médecin de l'Agence
régionale de santé

département

N° de

(à remplir par la Mairie)

N° de l'acte

N° d'ordre du décès

Commune d'enregistrement du décès

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Annexe 2: Grille initiale rédigée par la région Poitou-Charentes

ANNEXE 2

OBSTACLE MÉDICO-LÉGAL ; GRILLE d'aide à la décision médicale

A - état des lieux et des choses :

- désordre « anormal » de l'environnement
- présence de médicaments
- présence de substances suspectes
- présence de taches biologiques

OUI	NON

B- état des vêtements :

- désordres
- déchirures
- présence de taches biologiques

OUI	NON

C- examen externe du corps :

1 - analyse des phénomènes cadavériques :

- présence de lividités dans des zones non déclives
- il existe une ou plusieurs rigidités articulaires rompues

OUI	NON

2 - recherche et analyse de traces traumatiques :

- présence de lésions sur les zones de protection (avants bras, mains)
- présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie (tête, cou, organes génitaux, poignets, chevilles)
- présence de lésions sur des régions habituellement non exposées aux traumatismes accidentels

OUI	NON

3 - signes d'orientation sur le mécanisme de la mort:

- issue de liquide par la bouche ou le nez (sang oedème vomis)
- cyanose (en pèlerin, des ongles, des oreilles ou des lèvres)
- pétéchies
- oedème des membres inférieurs

OUI	NON

D - antécédents médicaux

- antécédents connus
 - o alcoolisme
 - o toxicomanie
 - o dépression
 - o tentative de suicide
 - o cardio-vasculaire
 - o pathologie grave évolutive
- signes cliniques en discordance avec les antécédents connus
- femme manifestement enceinte

OUI	NON

E - synthèse

- il est possible d'établir un scénario cohérent entre les constatations et l'une des hypothèses suivantes
 - o mort de cause naturelle
 - o suicide
 - o accident n'impliquant pas un tiers

OUI	NON

Toute case grise cochée entraîne un obstacle médico-légal.

Annexe 3 : Questionnaire de l'étude

L'obstacle médico-légal

Date du jour :

Concernant le patient : Trois 1eres INITIALES (nom, prénom) : Date de naissance :

Concernant la médécin: MODE D'EXERCICE..... No D'ANNEES DE CET EXERCICE.....

A-Etat des lieux et des choses :

- Désordre "anormal" de l'environnement
- Présence de médicaments
- Présence de substances suspectes et/ou de taches biologiques
- Vêtements en désordres ou déchirés
- Présence d'une arme (à feu ou blanche)
- Présence d'un écrit

Oui Non NSP*

Oui	Non	NSP*

B-Examen externe du corps

1-Analyse des phénomènes cadavériques

- Présence de lividités dans des zones non déçives
- Existence d'une ou plusieurs rigidités articulaires rompues

Oui Non NSP

Oui	Non	NSP

2-Recherche et analyse de traces traumatiques

- Présence de lésions sur les zones de protection (mains, avant bras)
- Présence de lésions sur des zones cibles ou de saisie (tête, cou, OGE, poignets, chevilles)
- Présence de lésions sur des régions habituellement non exposées aux traumatismes accidentels

Oui Non NSP

Oui	Non	NSP

3-Signes d'orientation sur le mécanisme de la mort

- Issue de liquide par la bouche ou le nez (sang, vomis..)
- Cyanose (des ongles, oreilles, lèvres)
- Pétéchies

Oui	Non	NSP

C-ATCD médicaux

Connus :

- Alcoolisme
- Toxicomanie
- Dépression avec ou sans tentative de suicide
- Cardio-vasculaire
- Pathologie grave évolutive
- Signes cliniques en discordance avec les ATCD connus
- Femme manifestement enceinte

Oui Non NSP

Oui	Non	NSP

D-Synthèse

- il est possible d'établir un scénario cohérent entre les constatations et l'une des hypothèses suivantes :
 - Mort de cause naturelle
 - Suicide
 - Accident n'impliquant pas un tiers

Oui	Non	NSP

Obstacle : oui non

Cause(s) suspectée(s) de la mort :

Circonstances de la mort :

* NSP : ne sait pas

L'obstacle médico-légal en pré-hospitalier: étude de facteurs cliniques et environnementaux

RESUME

L'obstacle médico-légal est le signal médical qui permet d'alerter le système judiciaire dans le cadre d'un décès paraissant trouver sa source dans un délit ou une infraction.

Malgré des recommandations précises émises par le Conseil de l'Ordre en 1999, les professionnels de santé expriment des difficultés à poser les obstacles médico-légaux.

Une étude descriptive, basée sur un questionnaire à réponses discriminantes et réalisée auprès des médecins urgentistes de Vendée et de Chateaubriand et des médecins légistes de l'Institut Médico-légal du CHU de Nantes, nous a permis d'analyser les facteurs cliniques et/ou environnementaux conduisant les médecins à poser ou non un obstacle médico-légal. En 3 mois, 101 questionnaires furent complétés et 33 obstacles médico-légaux posés.

Lorsque des investigations médico-légales supplémentaires ont été effectuées, la concordance entre la cause initiale suspectée de la mort et la cause établie par les examens post-mortem (examens de corps et autopsies) a pu être examinée.

Au terme de cette étude, certains facteurs cliniques sont apparus comme déterminants. Peu d'autopsies ont été pratiquées mais la plupart ont confirmé l'hypothèse diagnostique initiale.

Le manque de formation des médecins et l'inadéquation entre les recommandations et les situations du "terrain" pourraient mettre en danger le système médico-judiciaire actuel.

MOTS-CLES obstacle médico-légal, facteurs cliniques déterminants, autopsie, médecins urgentistes, médecins légistes