

L'obstacle médico-légal en pratique

The Request for a Forensic Autopsy when the Cause of Death is Unknown in Practice

J.-M. Laborie · B. Ludes

Reçu le 24 septembre 2014 ; accepté le 22 décembre 2014
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Résumé La compréhension de la notion d'obstacle médico-légal (OML) ne cesse de progresser au sein du corps médical. Malgré la publication de recommandations européennes et les principes énoncés par le Samu de France, la pratique concernant l'OML reste difficile sur le terrain. Les médecins rédacteurs des certificats de décès (CD) sont rarement instruits de l'ensemble des recommandations leur imposant, en bonne pratique, d'émettre un OML. La notion d'OML défend le droit des patients décédés ; si les décès dans le cadre d'une responsabilité pénale sont bien appréhendés, les décès relevant d'une responsabilité civile ou des législations particulières le sont plus rarement. Le choix d'émettre un OML devrait être dicté par un texte légal de référence, inexistant à ce jour, énonçant au médecin rédacteur les situations lui imposant d'émettre un OML sans qu'il puisse préjuger du devenir de la procédure qu'il initie.

Mots clés Médecine légale · Obstacle médico-légal

Abstract Progress continues to be made within the medical sector regarding understanding the concept of when to request a forensic autopsy when the cause of death is unknown. Despite the publication of European guidelines and principles created by the French emergency medical services (Samu), whether or not to issue a request for a forensic autopsy to be performed when the cause of death is unknown remains difficult to enforce in practice. Doctors who issue death certificates (DC) are rarely made aware of all of the guidelines required in order for them to correctly issue a request for a forensic autopsy to be performed if the cause of death is unknown. The concept of requesting a forensic autopsy if the cause of death is unknown protects the rights of dead patients; while deaths

that have criminal accountability are well understood, this is more rare for deaths that have third-party liability or fall within the context of specific legislation. The decision as to whether to issue a request for a forensic autopsy to be performed should be made based on a representative legal text, which currently does not exist. This legislative document should indicate situations that require a forensic autopsy request to be issued, and without which could prejudice the outcome of the procedure that the doctor is initiating.

Keywords Forensic medicine · Request for a forensic autopsy when the cause of death is unknown

Introduction

Le médecin qui effectue l'examen d'un corps et rédige le certificat de décès (CD) engage lourdement ses responsabilités civile, pénale et ordinale [1]. Les plus exposés sont les médecins urgentistes exerçant en service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) ou en service d'urgence, puis les médecins généralistes des structures de garde médicale, de l'hospitalisation à domicile, des réseaux de médecine palliative et, moindre titre en maison de retraite ; hormis en milieu rural, les médecins traitants sont plus rarement concernés pour la rédaction des CD.

Définition de l'obstacle médico-légal (OML)

Le CD énonce à son verso les modalités de remplissage du volet administratif : « Obstacle médico-légal : suicide ou décès suspect paraissant avoir sa source dans une infraction. Le corps est alors à la disposition de la justice ». Selon cet énoncé, il faut que la mort paraisse avoir sa cause dans une infraction, mettant ainsi en cause l'ordre public [2]. Une simple circulaire (5 juillet 1976) fait obligation au médecin au décours d'un examen d'un cadavre, ou du fait des informations recueillies sur les conditions du décès, de se mettre en rapport avec le parquet ou un service de police si « le décès

J.-M. Laborie (✉) · B. Ludes
Institut médico-légal de Paris, 2, place Mazas,
F-75012 Paris, France
e-mail : jeanmarclaborie@mac.com

B. Ludes
Université Paris-Descartes, 12, rue de l'École-de-Médecine,
F-75006 Paris, France

peut résulter d'un crime, d'un délit, d'un suicide, d'un accident du travail y compris l'accident de trajet, d'une maladie professionnelle ou d'une blessure ouvrant droit à pension militaire ».

La notion d'OML ne recouvre pas uniquement la notion de mort suspecte mais également les notions de mort subite, « inattendue », de mort violente : accident, suicide ou homicide. La notion d'OML n'existe qu'en droit français. Aucun texte des différents codes ne fait explicitement référence à l'OML ou ne le définit simplement. Aucun code ne précisant les termes de mort violente ou suspecte, le praticien doit admettre avec le législateur que toute mort violente ou de cause inconnue est réputée suspecte. L'indication de l'OML reste dans le champ du subjectif, d'où une grande hétérogénéité de son appréciation. Le praticien peut s'aider d'une question : « existe-t-il dans le déterminisme du décès l'intervention d'un tiers, volontaire ou involontaire, réelle ou supposée, permettant de qualifier le décès de suspect ? ». En pratique, il s'avère que si la responsabilité pénale est bien appréhendée, la responsabilité civile ne l'est pas.

Une mort est dite suspecte lorsque ses circonstances ne sont pas élucidées lors de la découverte du cadavre ou, corrélativement, qu'une infraction ou l'intervention d'un tiers ne peut être écartée [3]. Si l'intervention d'un tiers ne peut être exclue, il y a lieu d'opposer un OML, et l'opportunité d'une autopsie judiciaire peut être envisagée. Les critères de mort suspecte impliquent une prise de conscience par le médecin de l'état de ses connaissances en matière médico-légale. La définition repose sur les circonstances du décès qui peuvent suggérer l'intervention d'un tiers comme responsable, voire complice et donner lieu pour le parquet à des poursuites judiciaires. La mort de cause inconnue est suspecte par définition. Les éléments qui peuvent rendre le décès suspect sont [4] :

- l'environnement du décès, éloigné comme proche ;
- la personnalité du défunt : profession exposée, délinquant, sujet en lieu d'enfermement ;
- la sémiologie du décès : le caractère des lésions (siège accessible au défunt, lésions unguéales) ou des signes positifs de mort : lividités « paradoxales », ruptures de rigidité, désordre vestimentaire (qui ne résulte pas toujours de l'action des secours), hypothermie, dénutrition ;
- les circonstances du décès : caractère d'une chute : de plain-pied, d'un toit ou d'un arbre, d'une noyade ou d'une électrisation, compression par un corps pesant ;
- le mécanisme suicidaire : atypie, bizarrerie, complexité, ou plus rarement pacte suicidaire (cas de décès « groupés »), décès rapprochés au sein d'une même famille ;
- le caractère des lésions : complexes, discordantes, de mécanisme improbable ;
- des lésions suspectes de lutte : sur le corps (abrasions, lésions unguéales) ou les vêtements, de défense : en face

palmaire des mains et des doigts, en face externe des avant-bras, de maintien : poignets, bras et avant-bras.

L'examen du corps dénudé : indispensable ! Même correctement réalisé, il négligera des lésions :

- superficielles : une lésion ecchymotique peut n'être visible que quelques heures après la levée de corps, chez l'individu de race noire seul un artifice d'éclairage objective certaines lésions ;
- profondes : elles ne peuvent être objectivées sans décollements cutanéomusculaires profonds ;
- inaccessibles : cavité oropharyngée dans le temps d'installation de la rigidité, sphère anogénitale.

Recommandations définissant le cadre d'un OML

Le médecin qui veut se conformer à un texte de référence ne pourra se rapporter qu'à des recommandations, purement indicatives :

- Bulletin du Conseil national de l'Ordre national des médecins, en date de janvier 1999, listant les « décès pour lesquels il est recommandé de cocher l'obstacle médico-légal » et dont il est notable qu'il n'existe aucune jurisprudence ordinaire sur leur non-respect (Tableau 1) [5] ;

Tableau 1 Décès pour lesquels il est recommandé de cocher l'obstacle médico-légal. Recommandations du Bulletin du Conseil national de l'Ordre national des médecins.

Homicide ou suspicion d'homicide
Suicide ou suspicion de suicide
Suspicion d'overdose
Violation des droits de l'Homme : suspicion de torture
Décès en détention (prison, garde-à-vue) ou potentiellement associé à des actions de police ou militaires
Mort engageant une responsabilité éventuelle : accident de la route avec tiers responsable, exercice médical (suspicion de cause iatrogène, infection nosocomiale, faute médicale)
intoxication à l'oxyde de carbone pouvant engager la responsabilité d'un propriétaire, accident domestique engageant la responsabilité de la personne en charge de la surveillance
Mort mettant en cause une législation particulière : accident du travail (y compris accident de trajet), maladie professionnelle, pension militaire
Catastrophe collective, naturelle ou technologique
Mort subite (inattendue) du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte
Corps non identifiés ou restes squelettiques

- propositions des journées scientifiques de Samu de France, en date d'octobre 2005 [6]. L'idée-force de l'expert est de formuler un consensus de pratique à l'instar des *coroner's case*, modèle anglo-saxon des recommandations européennes, variant peu selon les États-Unis, la Grande-Bretagne ou le Commonwealth. Ces listes recensent les décès dont le coroner, fonctionnaire chargé d'enquêter sur les circonstances d'un décès et d'en déterminer la cause, doit sans délai être informé (Tableau 2) ;
- recommandations européennes n° R (99)3 relatives à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du Conseil de l'Europe du 2 février 1999 [7]. Elles indiquent que « les autopsies judiciaires devraient être réalisées dans tous les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée, quel que soit le délai entre l'événement responsable de la mort et la mort elle-même ». Il s'agit d'indications d'autopsie médico-légale et non d'indications d'OML, mais l'on peut bien admettre que l'on déduise les unes des autres (Tableau 3).

Tableau 2 Décès pour lesquels il est recommandé de cocher l'obstacle médico-légal. Propositions des journées scientifiques de Samu de France.

Homicide ou suspicion d'homicide, et donc, entre autres, les décès par noyade, incendie, pendaison, strangulation, arme à feu, arme blanche, overdose, empoisonnement
 Corps non identifié de façon certaine (en bon état ou putréfié) ou restes squelettiques
 Mort d'un mineur, du nouveau-né jusqu'à 18 ans, quelles que soient les circonstances et donc incluant la mort subite inexpliquée du nourrisson
 Mort inattendue (pas de suivi médical récent) de l'adulte de moins de 50 ans
 Suicide ou suspicion de suicide
 Suspicion de faute médicale
 Mort durant ou au décours d'une grossesse
 Décès en hôpital psychiatrique et institut pour handicapés mentaux
 Accident de transport (accident de la voie publique)
 Mort inexpliquée sur la voie publique
 Mort de personne « exposée » : magistrat, policier, homme politique, expert
 Accident de travail (y compris de trajet) ou suspicion de maladie professionnelle
 Décès en détention, en garde-à-vue ou associé à des actions de police ou militaires
 Violation des droits de l'Homme, telles que suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitement
 Maladie contagieuse ou entrant dans le cadre d'un problème de santé publique
 Mort à l'occasion d'une activité sportive

Synthèse des indications d'OML et d'autopsie

Morts subites

- Homicide : c'est l'exemple type de la situation où l'OML s'impose ;
- mort subite de l'adulte : si elle survient devant témoins l'interrogatoire est alors essentiel : l'autopsie « verbale » est alors d'un grand intérêt, mais on ne peut jamais éliminer de principe l'implication possible de la famille ou des proches. Il y aura toujours lieu d'opposer un OML s'il s'agit d'adultes jeunes victimes de mort subite pour un traumatisme minime, et chaque fois que le contexte n'est pas évocateur ou paradoxal : activité sportive (l'activité sportive licenciée implique un certificat de non-contre-indication). Bien que l'autopsie ne soit pas obligatoire, elle est très fortement recommandée :
 - coronaropathie : il est décrit des prodromes à type de précordialgies et un effondrement d'où peuvent résulter des traumatismes, une morsure de langue. Il peut être décrit une phase clonique de courte durée ;
 - accident vasculaire cérébral hémorragique : il est décrit des céphalées d'emblée violentes, des troubles de la conscience et des déficits moteurs très rapidement évolutifs ;
 - hémorragie digestive : non explicitée, elle doit conduire à émettre un OML (empoisonnement par anticoagulant, responsabilité médicale) ;
 - fausse-route : le contexte est évocateur s'agissant d'institutions ou de sujets édentés, alcoolisés et souvent alcoolotabagiques ;
 - épilepsie : elle peut être responsable d'une mort subite par un mécanisme traumatique (perte de contrôle moteur), par inhalation gastrique (décubitus ventral), plus rarement par coronaropathie associée.

Tableau 3 Décès pour lesquels l'autopsie devrait être réalisée. Recommandations européennes n° R (99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du Conseil de l'Europe du 2 février 1999.

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

L'épilepsie ne peut être retenue de principe comme cause de décès. L'OML est émis de principe ;

- diabète : on ne peut en règle attester d'une hypoglycémie qui aurait, fait exceptionnel, conduit au décès (quelques cas documentés).

Le diabète ne peut être retenu de principe comme cause de décès. L'OML est émis de principe ;

- mort inattendue du nourrisson (MIN) : depuis 2007, les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) indiquent une conduite à tenir : le médecin sur place alerte le Centre 15 qui établit systématiquement un contact avec le centre de référence MIN vers lequel le transfert s'effectue par un moyen à sa discrétion.

Si le décès n'est pas suspect : il n'est pas fait mention d'un OML, mais la case « prélèvement en vue de rechercher les causes du décès » est cochée. Si le décès est suspect : la case est cochée « OML ».

En théorie, le recours à une structure d'urgence est la règle avec l'envoi sur place systématique d'une ambulance médicalisée. Secondairement, une prise de contact avec un centre de référence s'effectue pour l'admission du nourrisson décédé. Le CD, l'enquête et la prise en charge des parents (qui ne peuvent s'opposer à la démarche) se font alors sur place.

En pratique, nombre de morts subites du nourrisson échappent au modèle théorique de prise en charge, car l'OML n'est pas émis sur place par un médecin seul intervenant, soit par l'effet de la pression familiale, sociale, soit plus rarement par défaut du centre de référence. L'enfant est alors directement adressé en funérarium. Le nombre de décès de cause inconnue ou non déclarée, correspondants à ce type de CD sans mention de cause était de 5,1 % en 1999 [8]. L'analyse rétrospective des données hospitalières de trois régions de 1996 à 2000 montre une divergence entre les cas déclarés comme mort suspecte ou violente (6 %) par les pédiatres et les signes cliniques et radiologiques évocateurs de maltraitance (11 %) signalés par eux ! Le nombre annuel d'homicides répertoriés dans cette tranche d'âge est de 10 à 12, ce qui n'est pas réaliste et très peu vraisemblable, relativement aux milliers de cas de mauvais traitements répertoriés, surtout si l'on compare avec d'autres pays (Suède, Grande-Bretagne).

La huitième semaine de vie, période des cris du nourrisson, voit le pic des infanticides.

Comme chez le jeune adulte, l'autopsie s'impose dans le cadre des MIN, car elle peut objectiver les éléments d'une maladie génétique.

- Enfant : il existe un sous-diagnostic de l'infanticide ; toujours selon l'étude de référence [8], une autopsie n'est réalisée que dans 77 % seulement des cas lorsqu'il existe des signes évocateurs de violence ! L'OML doit être systématique ;
- femme enceinte : l'OML doit être systématique ;

- suicide : il est toujours préférable d'opposer de principe l'OML dans le cas :
 - d'une chute d'un lieu élevé ;
 - d'une chute sur les rails ;
 - d'une noyade ;
 - d'une autolyse par arme à feu ou à l'arme blanche ;
 - devant toute atypie dans la « mécanique » habituelle d'un suicide.

Dans tout cas de suicide présumé, la présence d'une lettre datée expliquant le geste aux proches, et à moindre titre, les conditions et circonstances du décès, les dires des proches, l'habitus du sujet ne sont que des indications du contexte. La présence de témoins lors d'une précipitation, d'une chute sur les rails ou d'une noyade doit rester à l'appréciation des forces de police et donc du parquet. Il ne peut jamais être totalement exclu qu'un suicide apparent puisse dissimuler un homicide, et il est rare que le rédacteur du CD puisse s'affranchir totalement de l'existence d'un contexte délictuel dans le cadre d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou d'actes autoagressifs (précipitation, pendaison, noyade) :

- viol (inceste), grossesse ;
- décours immédiat d'une soumission chimique ;
- usage de stupéfiants ;
- empoisonnement ;
- iatrogénie (traitement, indications, posologies) ;
- contexte familial : possible complicité matérielle ou morale dans le cadre de l'euthanasie ;
- contexte professionnel : avec une implication possible de l'employeur, le passage à l'acte d'un salarié, découlant de faits de harcèlement, permet à certains parquets d'incriminer l'employeur.

En droit français le suicide ne constitue pas un délit. Nul n'empêche, à ses risques et périls, le médecin qui rédige le CD de considérer que telle mort violente se situe en dehors du « circuit judiciaire », car il n'y a à son sens ni délit ni infraction, et considérer qu'il n'y a pas lieu d'opposer un OML. Il en est ainsi :

- dans le cadre d'une mort accidentelle : s'il considère qu'il n'existe pas de tiers en cause, que le décès n'engage pas de responsabilité ou de législation particulière ;
- dans le cadre manifeste d'un suicide : le médecin considère qu'il peut établir avec certitude qu'il n'y a pas intervention d'un tiers, grâce aux éléments recueillis de visu ou par les dires de bonne foi de protagonistes ou de témoins indépendants.

Devant une intoxication médicamenteuse volontaire, le rédacteur du CD doit :

- s'assurer de la présence effective et à dose potentiellement létale de médicaments réputés toxiques (cardiotropes, dépresseurs respiratoires) ;

- connaître l'index thérapeutique d'une molécule, l'effet de sommation des différents toxiques ;
- connaître les toxidromes : ensemble des symptômes résultant de l'action toxicodynamique du médicament ;

On ne peut affirmer le lien de causalité entre une intoxication présumée et le décès qu'en disposant d'une analyse toxicologique objectivant le ou les produits en cause. L'intérêt documentaire de ce type d'analyse ne devrait pas même être discuté. L'association d'alcool est réputée potentialisatrice ;

- cardiotropes : ils provoquent en règle des troubles rythmiques brutaux ;
- psychotropes et alcool créent un syndrome agonique non spécifique. Il se constitue ante-mortem une hypercapnie (saturation du sang par le gaz carbonique) dont témoignent une cyanose unguéale marquée des doigts et des orteils et une hyperhémie conjonctivale ;
- pendaison : la pendaison criminelle est exceptionnelle, mais elle existe. Elle suppose une victime débilitée ou inconsciente, ou peut masquer une strangulation. Lors d'une phase clonique de courte durée, de fréquentes lésions se réalisent au niveau des jambes et des genoux. Les liens s'étirent, jusqu'à 60 à 70 % passivement pour certains, et l'on passe ainsi après quelques heures de suspension d'une pendaison complète à une pendaison incomplète. Le sillon doit être en conformité avec le lien présumé, et sa direction compatible avec la position du point d'attache. L'OML doit être systématique. La levée de corps doit s'imposer, et l'autopsie devrait être la règle ;
- noyade : il est impossible d'affirmer formellement l'asphyxie par submersion (noyade vitale) et de la différencier formellement d'une immersion (secondaire au décès) sur la base d'un examen externe ou d'une levée de corps. La présence d'un champignon de mousse facial ou spumes est très évocatrice d'une submersion asphyxique, mais elle disparaît rapidement après la sortie du cadavre et ne saurait être pathognomonique. L'OML doit être systématique. La levée de corps doit être rapidement réalisée ou le corps être directement adressé à l'autopsie. L'autopsie, qui devrait s'imposer, autorise les dosages de strontium, l'éventuelle exploitation des prélèvements anatomopathologiques et la recherche des diatomées (microalgues dont l'étude permet de localiser avec précision le lieu du décès) ;
- chute de grande hauteur : pour le légiste et le magistrat, la chute est accidentelle, la précipitation est volontaire (suicidaire), et la défenestration est toujours criminelle. D'une même hauteur, suivant le mode de réception et la nature du sol impacté, ce peut être la loi du tout ou rien qui s'applique au plan lésionnel. L'examen externe est incapable de rendre compte des lésions internes liées à la décelération et aux impacts. La mortalité s'élève :
 - avec la hauteur de chute ;

- avec l'âge : mortalité très élevée pour la chute d'un étage au-delà de 80 ans ;
- avec la nature du sol impacté, volontiers déterminante ;
- selon le mode de réception : si le suicidant se précipite verticalement dans une majorité de cas, la létalité est plus élevée lors d'un impact céphalique.

Il est fréquemment noté des lésions de parade chez le précipité qui porte les mains en avant dans sa chute, et des lésions de ripage provoquées lors de la bascule initiale du corps ou par un obstacle intermédiaire ;

- « overdose » : si le décès concerne un toxicomane avéré et que le parquet ne veut pas poursuivre plus avant, il est toutefois averti. L'overdose peut intéresser un individu fragilisé mais également victime d'un produit de coupage et être la première d'une série d'accidents ou de décès. Le fournisseur du toxique incriminé peut être poursuivi pour homicide involontaire. L'OML doit être systématique ;
- corps dégradés : un corps putréfié, brûlé ou carbonisé, ayant séjourné en milieu aquatique, ou présentant un grand polytraumatisme (précipitation de grande hauteur, franchissement par un véhicule ou une motrice de chemin de fer) n'est pas exploitable en l'état dans le cadre d'une levée de corps. Ce sont ces corps pour lesquels les résultats comparés des levées de corps et des autopsies sont les plus discordants [9,10] : l'autopsie s'impose d'elle-même. Le transfert primaire du corps dans un funérarium, pour un examen secondairement effectué par un légiste, n'est pas une solution acceptable. Les prélèvements à la recherche de toxiques sanguins, s'ils sont réalisés sur place, doivent être effectués avec rigueur pour éviter toute contamination par un contenu organique dans le cas des traumatismes thoracoabdominaux. L'OML doit être systématique ;
- la situation de catastrophe collective, naturelle ou technologique, implique pour chaque victime d'énoncer un OML dont découle en règle l'autopsie. Il n'est pas licite de se contenter de l'évidence de la situation de catastrophe et d'omettre qu'elle peut donner lieu à des comportements délictuels ou criminels et impliquer des responsabilités très diverses.

Législations particulières

S'agissant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, la présomption d'imputabilité ne joue pas toujours. Seul le recours à l'autopsie permet aux ayants droit d'affirmer l'imputabilité, particulièrement si le décès semble résulter d'un accident bénin, en étayant une procédure administrative (Sécurité sociale) ou pénale. La levée de corps devrait être systématique, et la décision d'autopsie laissée à la discrétion du parquet.

- L'accident du travail : 880 décès ont été attribués à l'activité professionnelle en 2012 (chiffres de l'Institut national de recherche statistiques¹), dont 320 résultants d'accidents de trajet. Devant un accident mortel de la circulation, il faut toujours évoquer l'accident de trajet et ce qu'il sous-entend d'imputabilité. L'accident de travail peut impliquer la responsabilité pénale de l'employeur par manquement aux obligations de sécurité. Un accident domestique peut cacher un travail dissimulé et engager la responsabilité pénale de la personne à l'origine des travaux. La mort subite survenant sur le lieu de travail peut être favorisée par l'effort physique, la chaleur, la pollution par un toxique, voire même sans aucun facteur favorisant apparent ; elle est de ce fait prise en charge en tant qu'accident du travail en vertu du principe de la présomption légale d'origine. Juridiquement, la relation de causalité entre le décès et le travail ne peut être infirmée qu'en présence d'une preuve que la mort est due à une cause étrangère au travail, démontrée par l'employeur ou apportée par les investigations médico-légales ;
- la conséquence présumée d'une maladie professionnelle : 520 décès ont été attribués à une maladie professionnelle en 2012. Les maladies professionnelles répondent à une définition légale et sont prises en charge par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole ;
- le pensionné militaire en conséquence présumée des blessures : la présomption d'imputabilité est une présomption simple, et l'administration dispose de la possibilité d'apporter la preuve contraire. Pour que le conjoint, le partenaire, l'orphelin puissent bénéficier d'une pension de réversion, il est indispensable que le dossier du pensionné apporte clairement des preuves d'imputabilité.

Morts engageant une responsabilité

- Accident de circulation, de voie publique essentiellement (AVP). L'OML devrait être émis systématiquement par les médecins de Smur afin qu'il y ait levée de corps si les circonstances de l'accident ne sont pas totalement explicitées : décès du conducteur lors d'une perte de contrôle supposée, décès d'un piéton. L'accident de circulation peut procéder :
 - de l'imprégnation par l'alcool, un stupéfiant, un toxique ;
 - d'une conduite sous l'emprise d'un traitement engendrant une hypovigilance, des troubles visuels ;
 - d'une crise épileptique ou d'un malaise hypoglycémique.

L'hypothèse d'une cause de malaise ou de décès précédant immédiatement un accident de circulation se vérifie à l'autopsie de manière courante ; les causes sont cardiovasculaires : accident vasculaire cérébral, dissection aortique, infarctus myocardique en cours. Encore faut-il que l'OML soit émis et l'autopsie réalisée : elle ne l'est souvent en pratique que si l'enquête de police fait mention d'une perte de contrôle préalable du véhicule.

L'OML doit être systématique. La levée de corps devrait s'imposer, et l'autopsie devrait être la règle ;

- victime d'incendie : lors d'un décès par brûlures et/ou intoxication par les fumées, la responsabilité d'un tiers, criminelle ou non, peut être évoquée. La carbonisation est un mode prisé de dissimulation d'un crime. Seule l'autopsie peut attester que l'individu a respiré dans l'incendie. Les analyses toxicologiques confirment par la teneur en carboxyhémoglobine. L'OML et l'autopsie doivent être systématiques ;
 - intoxication au monoxyde de carbone : la responsabilité du propriétaire des lieux ou d'un autre tiers peut être évoquée. L'OML et l'autopsie sont systématiques ;
 - électrocution : les lésions d'électrisation sont volontiers inapparentes au niveau du tégument. La responsabilité de l'employeur (deux tiers des situations sont professionnelles), du propriétaire des lieux ou très rarement d'un autre tiers peut être évoquée.
- L'OML doit être systématique, l'autopsie laissée à la discrétion du parquet ;
- individu en privation de liberté :
 - décès en milieu pénitentiaire, porteur d'un bracelet électronique ou en permission de sortie ;
 - décès en centre de rétention ;
 - décès dans le cadre d'une garde-à-vue ;
 - à rapprocher : le décès dans le cadre d'une opération de police.

La levée de corps est hautement souhaitable. L'OML et l'autopsie sont systématiques ;

- Cadre d'exercice médical : la mort iatrogène, définie comme un événement indésirable faisant suite à une action médicale est la cinquième cause de décès en France ; elle peut survenir lors :
 - d'un accident d'anesthésie (anaphylaxie) ;
 - d'un geste endolaryngé, d'une dilatation anale, d'un cathétérisme utérin, par un réflexe inhibiteur ;
 - d'une ponction thoracique ou rachidienne ;
 - d'un examen complémentaire, parfois non invasif : épreuve d'effort ;
 - d'une intervention chirurgicale sur un organe infecté du pharynx, de l'abdomen, du petit bassin. Le plus fréquemment une phlébite profonde est le point de départ d'une embolie pulmonaire mortelle ;
 - d'une infection nosocomiale relevant de la responsabilité de l'établissement ;

¹ référence : <http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/statistiques-ATMP-2012.html>.

- d'une grossesse : de 12 à 15 décès pour 100 000 grossesses ;
- d'une inclusion dans un protocole thérapeutique.

Le décès constaté par le médecin d'un Smur lors d'une intervention primosecondaire, surtout dans le cadre d'un bloc opératoire, pose problème. Le médecin adressé sur place par le Samu se doit de bien appréhender le contexte opératoire, de prendre connaissance de la feuille d'anesthésie. Dans ce cas précis, c'est le médecin ayant réalisé le geste anesthésique qui a la charge de rédiger le CD et non le médecin du Smur intervenant. Si le médecin d'un Smur peut évoquer un problème de responsabilité médicale, il doit en référer à sa régulation avant d'aviser les protagonistes de ses réflexions. L'OML doit être systématique.

Le décès survenant dans une ambulance de réanimation, une ambulance simple, un véhicule secouriste : le médecin régulateur du Samu ou du Centre 15, du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) ou de la coordination des sapeurs-pompiers, qui a pris la décision initiale de transfert, doit se mettre en rapport avec le médecin d'accueil d'un service d'urgence afin qu'il donne son accord à l'admission. À défaut d'accord, c'est par l'intermédiaire de l'administrateur de garde d'une structure hospitalière que l'admission du corps est imposée à la structure via ses urgences. Ce n'est que de manière exceptionnelle que le corps est directement adressé dans un institut médico-légal (corps dégradé, affaire sensible ou médiatisée).

En l'absence d'un OML en rapport avec la responsabilité du vecteur, il fait l'objet d'un CD déclarant le patient décédé à l'arrivée dans le service d'urgence qui accueille le patient, qu'il fasse ou non l'objet d'une réanimation dans ce service (le véhicule où le décès est survenu pourrait réglementairement faire l'objet d'une mesure de quarantaine). La rédaction du CD est généralement aux bons soins du médecin des urgences, évidemment libre d'émettre un OML, et à qui il est fourni l'ensemble des éléments anamnestiques : mise en rapport avec le médecin régulateur, feuille de transport au propre et largement détaillée, électrocardiogrammes.

- La personne en institution :
 - maison de retraite : il peut exister une suspicion de mauvais traitements au vu de lésions supposées de prise, de maintien voire de lutte, qui trouvent volontiers leur explication dans les pathologies sous-jacentes (exemple du purpura sénile) ou en rapport avec des troubles comportementaux. Si l'OML est rarement formulé, le questionnement et un recours des familles ne sont pas exceptionnels, et le médecin rédacteur du CD se doit d'anticiper. Certaines maisons de retraite diffèrent au matin le constat d'un décès nocturne, plaçant volontiers le cadavre en chambre mortuaire. L'examen

- du corps est réalisé tardivement et l'anamnèse se fait sur la foi des transmissions infirmières ;
- hôpital psychiatrique : l'OML doit être systématique, l'autopsie est la règle ;
- centre pour handicapé mental : l'OML doit être systématique.

Personnes « exposées »

Alors que leur décès implique qu'un OML soit formulé de principe, ils y échappent fréquemment pour des motifs divers. Dans ce type de situation, le rédacteur du CD devrait s'assurer du concours des autorités, laissant le parquet seul décider de la levée de corps et/ou de l'autopsie.

- Personnage public : homme politique, journaliste, haut fonctionnaire, magistrat, ecclésiastique, policier, surveillant pénitentiaire, personnel d'ambassade ;
- personnage privé : quelle que soit la valence sociale du défunt ;
- personnalité particulière : délinquant, mis en examen, témoin, expert.

Conséquences de l'OML

C'est au médecin du Smur, au médecin adressé par le Centre 15, au médecin d'une structure de garde médicale de rendre compte au médecin régulateur du Samu ou du Centre 15 du fait qu'il émet un OML s'agissant d'un décès survenu dans le cadre de son activité. Selon la loi, le Samu ou le Centre 15, le Centre 18 ou le SDIS avertissent le parquet qui déclenche alors les forces de police qui, sur place, prendront contact directement avec le médecin. Dans la pratique, la régulation du Samu requiert volontiers directement la présence d'un officier de police judiciaire (OPJ) sur les lieux.

Alerté par la présence d'un OML, c'est sur la foi de l'enquête initiale réalisée par les forces de police que le parquet décide immédiatement des suites à donner à la procédure : examen par un médecin d'unité médicojudiciaire, autopsie ou investigations complémentaires. C'est bien le parquet qui décide de l'autopsie, et non l'OPJ, le médecin ou l'entourage du défunt qui ne peuvent ni exiger ni s'opposer à l'autopsie judiciaire. Le non-choix de l'autopsie doit rester la prérogative du parquet, et en aucun cas celle du médecin ou de l'OPJ sur place.

Pour le médecin rédacteur du CD, le choix de ne pas formuler d'OML a des implications pénales, civiles et ordinaires. Le code pénal peut réprimer un médecin qui aura dissimulé ou certifié faussement une cause de décès. Les intérêts civils des ayants droit du défunt devant être sauvegardés, le

médecin se doit de toujours intégrer dans son choix les notions légales d'imputabilité et de responsabilité.

Conclusion

Les médecins rédacteurs des CD ne sont pas régulièrement instruits de l'esprit initial de l'OML et de l'ensemble des recommandations ; ils sous-estiment l'enjeu de l'OML dans nombre de situations particulières. La prise de décision médicale est rendue difficile par l'appréhension du processus judiciaire et également par la complexité du rapport à la famille et aux proches que le médecin doit prendre le soin d'informer. Le choix d'émettre un OML doit être fait en conscience, ne pas céder à la facilité d'une évidence ou être sujet à l'environnement, mais devrait être dicté par un référentiel, inexistant à ce jour. Notre appareil judiciaire évolue vers un système faisant de l'autopsie médico-légale l'exception et tolère d'importantes disparités de traitement selon les parquets. Cela résulte essentiellement de l'absence d'un référentiel légal, énonçant à l'attention des médecins rédacteurs des CD les situations lui imposant d'émettre un OML sans qu'il puisse préjuger de l'issue de la procédure qu'il initie.

Liens d'intérêts : J.-M. Laborie, B. Ludes déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Guyot S, Comte T, Girardet B, Corège D (2001) La responsabilité médico-légale du médecin du Samu dans la certification du décès. *J Med Leg* 44:72–81
2. Combalier C (2007) Le médecin urgentiste face à l'obstacle médico-légal : une formation à renforcer. *JEUR* 20:122–3
3. Laborie JM, Brion F (2003) La rédaction du certificat de décès en médecine d'urgence préhospitalière. *JEUR* 16:231–9
4. Miras A, Fanton L, Tilhet-Coartet S, Malicier D (1998) La levée de corps médico-légale. Lacassagne, Paris, 18
5. Canas F, Lorin de la Grandmaison G, Guillou PJ, et al (2005) L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès. *Rev Prat* 55: 587–94
6. Baccino E, Bertolotti C, Laborie JM (2005) Actualités en réanimation préhospitalière. Journées scientifiques de Samu de France, SFEM, Paris, 156-63
7. Recommandation n° R (99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale (1999) Conseil de l'Europe. http://www.medileg.fr/IMG/pdf/Recommandation_Europeenne_No_99_3.pdf
8. Tursz A, Gerbouin-Rerolle P, Crost M (2005) Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Étude auprès des parquets. Inserm, Rapport préliminaire à la mission de recherche droit et justice. Ministère de la Justice, Paris. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies>
9. Lorin de la Grandmaison G, Lassegueutte K, Bourokba N, Durigon M (2004) Des dangers de la levée de corps : étude des discordances retrouvées par la confrontation de la levée de corps et de l'autopsie sur 200 cas. *J Med Leg* 47:115–22
10. Vanbrabant P, Dhondt E, Sabbe M (2004) What do we know about patients dying in the emergency department? *Resuscitation* 60:163–70