

Bernard Marc

Profession :
**médecin
légiste**

Préface de Georges Moréas



Dr Bernard Marc

Profession :
médecin légiste

Le quotidien d'un médecin des violences

Préface de Georges Moréas

Postface du Dr Walter Vorhauer

Les entretiens ont été réalisés par Élodie Rigal, journaliste



SOMMAIRE

[Du même auteur](#)

[Remerciements](#)

[Préface](#)

[Avant-propos](#)

[Introduction](#)

[I Les morts violentes par suicide, accident...](#)

[II Les scènes de crime](#)

[III L'autopsie, la virtopsie et les analyses scientifiques \(toxicologie, génétique...\)](#)

[IV Les violences du quotidien \(conjugales, urbaines, de prédation...\)](#)

[V Les violences et maltraitements sur les mineurs](#)

[VI Les agressions sexuelles](#)

[VII Les violences intolérables \(torture, barbarie,](#)

maltraitements sur personnes vulnérables...)

VIII Les toxicomanies et leurs conséquences
(comportements psychiatriques, délinquance
routière...)

IX Le médecin légiste et le magistrat (de l'enquête
en flagrance au jugement)

Postface

Lexique médico-judiciaire

Bibliographie

Mentions légales

DU MÊME AUTEUR

Urgences médico-judiciaires, O. Diamant-Berger, M. Garnier, B. Marc, coordonnateurs, Paris, Doin, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 1992.

Médecine légale et toxicologie, B. Marc, Paris, Ellipses, 1994.

Médecine légale, médecine du travail, santé publique, toxicologie, Bernard Marc et al., Mini book, 7, Paris, éd.

J. B. Baillière, 1991.

Urgences médico-judiciaires, Nouvelle édition,
O. Diamant-Berger, M. Garnier, B. Marc,
coordonnateurs, Paris, Doin, Assistance publique-
Hôpitaux de Paris, 1995.

5th Cross-Channel conference on forensic medicine
[Ressource électronique], sous la direction de Bernard
Marc, 19 au 21 avril 1995, Boulogne, Coreedge, 1995,
1 cd-rom.

Guide des conduites médico-légales à l'usage des infirmières,
B. Marc, Paris, Masson, 1999.

L'infirmier(e) et les toxicomanies. Stratégies de soins à l'hôpital, B. Marc, G. Simon, Paris, Masson, 2002.

Maltraitements et violences. Prise en charge du petit enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne âgée, Sous la direction de B. Marc, Paris, Masson, 2004.

Encyclopedia of forensic and legal medicine, Eds J. Payne-James et al. (dont B. Marc), Amsterdam, Elsevier Academic Press, 2005 (4 volumes).

Guide infirmier des urgences, B. Marc, P. Miroux, I. Piedade et al., Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2008.

REMERCIEMENTS

À mes proches qui vivent le quotidien d'un médecin légiste ;

À mes collègues et à mon équipe médico-légale ;

Aux soignants et aux médecins des services d'urgence de Bondy et de Compiègne ;

À ceux qui m'ont formé et donné leur amitié : Frédéric, Odile, Mariannick, Romain, Didier, Éric, Michèle, Michel, Lionel, Paul, Daniel, Christian ;

À ceux qui m'ont soutenu dans mes projets, Olivier et Walter ;

Aux magistrats des cours d'appel de Paris et

d'Amiens, magistrats du Parquet, juges d'instruction, présidents de cour d'assises, qui m'ont reconnu comme expert ;

Aux policiers et gendarmes de Seine-Saint-Denis et de l'Oise, rencontrés au quotidien ;

À mes camarades et collègues côtoyés au fil des ans : Valery, Éric, Fabrice, Yves, Alain, Didier, Franck, Paul, Daniel, Frédéric, Marie-Madeleine, Margarita, Armel, Chakib ;

À celles et ceux que j'ai contribué à former à l'exercice de la médecine légale : Jean-Luc, Laurent, Latifa, Benoît, Géraldine, Samia, Dorra, Olivia, Gérard, Johan, Andrée ;

À tous les stagiaires venus un moment se former dans mon unité médico-légale, tout particulièrement celles et ceux qui m'ont demandé de diriger leurs travaux.

Reconnaissance à celles et ceux qui ont contribué à faire aboutir cet ouvrage.

PRÉFACE

Le médecin légiste reste une énigme. On lui donne du docteur, mais on se dit que ce n'est pas tout à fait un médecin : on ne peut pas soigner les morts ! Pour le policier, il fait partie intégrante de l'équipe, mais à un niveau différent de l'enquêteur de base, dans un domaine un peu mystérieux, que l'on ne comprend pas toujours. On sait qu'il sait des choses que l'on ne connaît pas. Et qu'il va découvrir des éléments que l'on ne peut pas voir. On attend beaucoup de lui. Parfois trop, sans doute.

Il y a deux éléments clés dans une enquête criminelle : les constatations et l'autopsie. Seul le policier qui a participé aux deux sera capable d'échafauder des hypothèses fondées, et d'orienter les recherches dans la bonne direction. La preuve : un meurtre sans cadavre est le plus souvent une affaire non élucidée, même si parfois le suspect se retrouve devant une cour d'assises...

Il ne faut pas croire que les policiers sont des gens blasés. Bien au contraire. Chaque enquête est « leur » enquête. Vous êtes au bureau, ou à table, ou en week-end, ou dans votre lit, dans votre ronron quotidien : le téléphone sonne. Et quelques instants plus tard, vous pénétrez dans des lieux inconnus où vous découvrez un corps sans vie. Un corps sans vie mais, comment dire, *mort dans les conditions de la vie*. Ce

n'est pas un cadavre dans un lit d'hôpital ou entre les planches d'un cercueil. Non, c'est une petite vieille lâchement agressée alors qu'elle préparait son repas du soir, ou cet homme qui en avait marre de la solitude, ou ce gamin dont on ne comprend pas comment on a pu lui faire tant de mal... Les techniciens de l'Identité judiciaire prennent des clichés, recherchent des empreintes, des traces, etc. Le tout en prenant soin de ne pas « détruire » la scène de crime. Pendant ce temps, les enquêteurs font le voisinage à la recherche de témoins, d'indices. Mais le plus souvent, deux personnages ne font rien, du moins en apparence : le responsable de l'enquête et le médecin légiste. Bientôt ce sera leur tour d'entrer en action. Enfin, dans l'idéal, c'est-à-dire dans les zones urbanisées, là où il y a un médecin légiste. Ce qui n'est pas toujours le cas.

Ensuite, il va falloir « faire parler le mort ». L'examiner, centimètre par centimètre, le déshabiller... Et là, le légiste est indispensable. C'est lui qui va relever l'hématome invisible, les marques de strangulation, de violences, ou l'orifice d'entrée d'un projectile quasi imperceptible pour un œil inexpérimenté. En découvrant sur place le type de blessures et les raisons du décès, on peut mieux imaginer les faits. C'est un instant capital pour la suite de l'enquête. Bien sûr, ensuite, plus tard, il y aura l'autopsie.

Et c'est le deuxième point fort de l'enquête. Pour deux raisons : d'abord, l'officier de police judiciaire est présent à côté du médecin légiste, et il suit chacun

de ses gestes. Il devient spectateur, mais il note une partie de ses commentaires et il peut éventuellement poser des questions. Souvent, il va sortir de l'institut médico-légal avec de précieuses informations. Mais aussi avec l'estomac au bord des lèvres. Une dissection est difficilement supportable. Ce qui amène à la deuxième raison : jamais on ne peut oublier une affaire criminelle lorsqu'on a assisté à l'autopsie de la victime.

En fait, le policier a souvent une vision étroite de l'activité du médecin légiste. Cela se limite aux examens post-mortem ou au certificat médical détaillant les blessures infligées à une personne victime de violences corporelles - un élément déterminant pour la qualification pénale. Mais le médecin légiste a bien d'autres missions et le docteur

Marc nous les expose sans artifices, parfois avec des énumérations qui peuvent choquer, mais comment faire autrement ? Même si le ton se veut professionnel, on sent, au-delà des mots, combien l'exercice de ce métier laisse des traces, comme au détour de ces phrases : « Je suis triste à l'issue de ces examens. Je suis triste pour l'humanité dont je fais partie. »

La lecture de ce livre m'a permis d'en apprendre énormément sur le travail du médecin légiste, bien plus que des années d'expérience. Et en même temps, au fil des pages, j'ai pris un coup de vieux. Les choses ont tellement changé ! Mon premier cadavre, comme disent les flics, c'était une nuit à Poissy, dans les Yvelines. Une noyée sortie de la Seine, ligotée dans la position du fœtus. Les chairs en lambeaux, les os

apparents, l'odeur insoutenable... Nous n'avions ni blouse, ni gants, ni masque. Rien pour faire les constatations sur le corps. Ses mains pendaient, presque détachées des avant-bras. Il n'y avait pas de légiste non plus. Alors, un ancien m'a dit (probablement pour me tester) : « Si on la transporte comme ça, on n'a aucune chance de récupérer ses empreintes. La décomposition aura fait son œuvre et il sera impossible de l'identifier. » Mais je voulais l'identifier cette femme ! Je voulais retrouver le salaud qui lui avait fait ça ! Alors, je lui ai arraché les mains et je les ai mises dans un sac. C'est un souvenir horrible. Je l'aurais bien volontiers abandonné au docteur Marc.

Georges Moréas
Commissaire principal honoraire de la police nationale

AVANT-PROPOS

1988. Je suis interne de médecine légale en formation. Je fais l'acquisition de mon premier ordinateur. Un Macintosh flambant neuf sur lequel je jette des notes qui vont m'être précieuses pour écrire *Urgences médico-judiciaires*, livre qui s'inscrit dans une collection destinée à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris et qui témoignera à sa sortie, en 1992, d'un nouveau type de pratique d'urgence : les urgences médico-judiciaires.

2008. Une dizaine d'ordinateurs plus tard, je suis praticien hospitalier en médecine légale, chef de service, et je mets la dernière main à mon ouvrage *Profession : médecin légiste* ; j'aurais bien aimé l'intituler « Vingt ans après » mais le titre avait judicieusement été pris.

Que s'est-il passé pendant ces vingt années ? Comme les compagnons entreprenaient jadis leur tour de France, j'ai, moi aussi, fait le mien, en quelque sorte. Je suis intervenu dans de nombreux tribunaux de grande instance de Paris et d'ailleurs... D'interne des hôpitaux, puis de spécialité médico-légale, en passant notamment au CHU Jean Verdier en Seine-Saint-Denis, j'ai aujourd'hui la responsabilité de ce qui est devenu, en quatre ans, un vrai service de médecine légale au centre hospitalier de Compiègne. Nommé

expert judiciaire auprès de la cour d'appel de Paris, j'ai ensuite été muté à celle d'Amiens.

Combien de cas ai-je rencontrés ? Combien d'êtres humains en souffrance ai-je croisés ? Je réalise combien il est difficile de tenir cette drôle de comptabilité. J'ai certainement consulté plus de 50 000 patients : mineurs, victimes de violences sexuelles, examiné quelque 2 000 corps, pratiqué plus de 500 autopsies. J'ai aussi prodigué des soins à des dizaines de milliers de personnes en garde à vue et prélevé autant d'échantillons pour des dépistages urinaires ou des analyses de tous types.

J'ai déposé devant tant de cours d'assises que je

pourrais rédiger un précis des salles ! J'y avouerais ma nette préférence pour les cours à l'ancienne, leurs élégantes boiseries et leurs grandes fenêtres qui permettent au ciel de s'inviter à tout moment de la déposition de l'expert. Je pourrais même publier un guide « mode d'emploi » des magistrats qui ont présidé.

En vingt ans, j'ai tracé ma route, comme on dit, dans une discipline en création institutionnelle. Cette profession, jadis méconnue et exercée dans l'ombre, est aujourd'hui sous les feux des projecteurs ; pas une série policière ne prendrait le risque de se priver d'un personnage clé : le médecin légiste. D'ailleurs, le phénomène de cause à effet se vérifie dans nos services : les stagiaires, attirés par cette spécialité si extraordinaire, y affluent. En vingt ans, tel le Petit

Poucet, j'ai laissé derrière moi plein de petits cailloux.

Des cours dispensés, je reçois des enseignements. J'ai, chevillée au corps et au cœur, l'envie de partager mon expérience, d'en tirer les fruits pour ceux qui vont, à leur tour, être confrontés à des situations difficiles.

Vingt ans après, je n'ai pas tout vu et encore moins tout regardé. Bien regardé. Je n'ai perdu ni ma curiosité ni ma passion. Au contraire. À force de voir des cas trop rudes, humainement bouleversants, souvent, tragiques, parfois, j'aurais pu ranger ces histoires dans des caisses déjà trop remplies. Les enfouir au fond de ma mémoire. Pour ne plus avoir à les en ressortir. Or il n'en est rien. Je me rends

compte que j'ai des choses à dire. À transmettre. Pas comme des mémoires, non, mais comme des « Choses vues ». Mais là encore, je n'ai pu faire mien ce titre très parlant ; je me suis fait prendre de vitesse. N'importe !

J'ai voulu parler des situations auxquelles le médecin légiste est confronté aujourd'hui et raconter les plus fréquentes, en occultant à dessein les auteurs des faits ; le médecin légiste penche naturellement du côté des victimes. Pour donner du relief à mes propos, j'ai demandé à Élodie Rigal, journaliste et ex-stagiaire dans mon service, de réaliser de brefs entretiens sur chacun des points analysés.

J'ai puisé dans mes souvenirs pour faire resurgir ces histoires vraies qui m'ont semblées très illustratives et qui ponctuent l'ouvrage ; elles sont rédigées de telle sorte que les protagonistes ne peuvent être identifiés.

Vingt ans déjà ! Il m'aura fallu attendre toutes ces années pour faire ce constat : je n'ai jamais aussi bien parlé du métier que j'exerce et que j'aime : la médecine légale.

INTRODUCTION

POURQUOI LA MÉDECINE LÉGALE ?

De tout temps, les hommes ont voulu percer le mystère qui entoure le crime. Ils n'ont eu de cesse d'identifier les auteurs. Dans quel but ? Pour punir ? Pour juger ? Pour éviter l'erreur fatale car la condamnation prononcée était souvent la peine de mort ? Pour parvenir à faire leur deuil ? Et si le besoin d'une médecine légale était fondé sur le désir de

comprendre, d'apprendre, de nous en apprendre un peu plus sur nous, les hommes, et la part obscure qui existe en chacun de nous et peut nous conduire à commettre le pire. C'est ce questionnement, bien plus que la Justice, qui a donné naissance à la médecine légale.

Le but de la Justice est de statuer, de sanctionner, de saisir le droit, de rendre un jugement qui contente la majorité de ceux qui entendent le verdict prononcé. Dans les désordres civils, une autorité médiatrice est nécessaire pour les deux parties. Que dire de la procédure pénale, du jugement pénal ? De tout temps, ce sont l'État, le pouvoir, le ministère public qui ont poursuivi les auteurs des crimes et des délits. C'est la société qui poursuit. C'est la société qui veut qu'on juge et qui appelle pour la représenter l'autorité

la plus haute. Notons bien que la sentence s'est toujours accompagnée du sentiment de justice. Tant mieux si l'explication de l'acte criminel, la compréhension du fait criminel ou du délit sont données, mais ce n'est pas le but du jugement. Le but du jugement pénal est de trouver l'auteur, de prononcer le jugement, puis de le faire appliquer. Pendant des siècles, des millénaires, dans toutes les civilisations, et encore actuellement chez bon nombre de peuples dont les cultures nous semblent primitives, et pourtant si proches de celles qui furent les nôtres à un moment donné de notre histoire, les jugements, lorsqu'ils dépassent les hommes, sont remis à Dieu ou aux esprits, selon le temps, l'endroit et les croyances. Personne ne s'étonne, dans les pays musulmans, que la loi, la *charia*, soit directement issue du texte saint musulman. La formulation du droit, de la sagesse, *fiqh*, prend la place de ce qui était la *Juris*

prudencia des Romains et devient une jurisprudence indirectement dérivée du Coran. Il n'est pas question d'analyser le comportement de l'homme, mais de rechercher un jugement et ce, avec l'aide des règles et du droit.

HIPPOCRATE ET ESCULAPE, LES PÈRES FONDATEURS DE LA MÉDECINE

Comment ne pas saisir que la médecine légale est apparue alors que l'homme moderne désirait comprendre, sans remettre sa foi ni ses croyances en cause, mais en demandant une explication à des

phénomènes qui avaient trait à cette part sombre de l'humanité ? À l'origine de notre civilisation européenne, le monde antique grec et romain s'est référé aux dieux et aux divinités naturelles et surnaturelles dans l'Olympe pour avoir des éclaircissements sur le monde. On comprend que cette époque ait contribué à l'existence d'une médecine légale. Les pères fondateurs de la médecine, ces chers Hippocrate et Esculape, qui proposèrent des connaissances physiologiques, anatomiques, et de pharmacopée ont laissé quelques traces préfigurant les tout premiers pas de ce qui deviendra la médecine légale. La civilisation égyptienne, avec sa connaissance du corps et des phénomènes post-mortem, fut celle des embaumeurs dont les secrets nous interrogent depuis la découverte des momies. Elle reste encore, pour une part, mystérieuse, avec cet art bien proche de celui de l'autopsie qui sera l'un

des fondements de la médecine légale thanatologique. *L'Iliade*, qu'Homère rédigea vers la fin du v^e siècle avant notre ère, contient des descriptions qui se rapprochent des constats de médecins légistes : « *Il lui enfonce sa lance dans le nombril, endroit où les blessures d'Arès sont funestes aux mortels* ». On voit là que les connaissances étaient bien existantes, largement avant Hippocrate qui serait issu d'une famille marquée par la criminologie puisqu'elle descendait du glorieux Atride, connu dans l'histoire médico-légale pour avoir été le premier matricide. Son avocat l'aurait certainement mieux défendu s'il avait su que sur un autre rivage de la Méditerranée on racontait depuis les temps bibliques comment Caïn avait tué son propre frère, Abel. Hippocrate donna des éléments dont la médecine légale clinique ne peut toujours pas se détacher. Dans des traités tels que *Des fractures*, il décrit l'ensemble des fractures dans des

traitements orthopédiques proposés, descriptions proches des descriptions traumatologiques encore en vigueur aujourd'hui, même si les techniques d'intervention ont changé. On peut surtout retenir comme une recommandation médico-légale jamais dépassée celle citée dans les aphorismes d'Hippocrate : « *La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile ; il faut, non seulement faire ce qui convient, mais faire encore que le malade, les assistants, et les choses y concourent.* » Scindé en deux parties, cet aphorisme nous livre tous les secrets de l'expertise médico-légale qui repose sur un art long à acquérir, une expérience toujours à remettre en question, et un jugement critique qui doit faire la part des choses, et apporter des éléments à charge et à décharge. Cela nous rapproche beaucoup des exigences de la criminalistique, science de la médecine légale dans laquelle diverses techniques

vont être utilisées avec l'expérience des différents assistants, comme les techniciens de scènes de crime aujourd'hui, ou les scientifiques qui vont « faire parler » tous les indices et traces qui auront pu être recueillis.

Vingt-quatre siècles après la mort d'Hippocrate, cet aphorisme est toujours d'actualité, non seulement en médecine, mais encore plus en médecine légale et dans les sciences médico-légales.

Les premières traces de notion de médecine dans les textes de lois romains, avec un aspect médico-légal bien plus proche d'une pratique occulte que d'un acte expertal, un certain Soranos d'Ephèse,

traditionnellement considéré comme le plus brillant gynécologue de l'Antiquité, est venu jusqu'à nous par son traité des *Maladies des femmes* dont le manuscrit fut exhumé seulement en 1838. Il nous a apporté beaucoup d'informations sur ce que le monde gréco-romain connaissait. Toutes ces constatations antiques permettent parfois des interprétations médico-légales bien étranges lors d'agressions sexuelles, puisque Soranos, habitué à voir les femmes accouchées, n'avait pas conçu qu'il puisse exister un hymen, et que cet hymen soit lui-même perforé, laissant passage aux menstruations. En effet, Soranos rapporte que : « C'est par erreur que l'on parle d'une membrane ténue fermant le vagin et dont la rupture, au cours du premier coït, serait douloureuse... Cette membrane n'a pas été trouvée dans les dissections. » Malgré ses erreurs et ses imperfections, son traité apporte des éléments qui vont construire une connaissance qui

sera utilisée par la médecine et la médecine légale, bien plus tard.

UN DÉVELOPPEMENT MODESTE MAIS CONSTANT

La loi Aquilia, qui ordonnait de déterminer la létalité des blessures, fut votée à Rome en l'an 287 av. J.-C. pour protéger les paysans plébéiens des dommages souvent causés par les patriciens. On peut y voir l'ancêtre de l'évaluation du dommage corporel, branche importante de l'exercice médico-légal. Le Moyen Âge se reposera sur les enseignements d'Aristote. La médecine légale va connaître un

développement modeste mais constant. La levée de corps est souhaitée dans le cadre de mort violente. Le cadavre est examiné, un rapport est rédigé avec la localisation des blessures et le mécanisme des causes du décès. On trouve trace de ces avis médico-légaux recueillis dans les coutumes du Maine et d'Anjou, ainsi que dans le *Grand Coustumière du pays et duché de Normandie* » en 1207 et 1245, qui reconnaissent les « visitations et expertises de médecin ». Ainsi, dans le *Grand Coustumière du pays et duché de Normandie*, l'on voit l'action des médecins légistes pour évaluer les maladies « d'homme en langueur », les blessures « de méfaits », les décès suspects « d'hommes occis » et les viols « de femmes despucelées ». Au royaume de France, les rois Philippe le Bel (1311) et Jean II (1352) vont organiser l'expertise médicale par leurs ordonnances. Un peu plus tard, en 1374, la faculté de médecine de Montpellier obtient officiellement

l'autorisation d'ouvrir des cadavres humains. Pendant cette même période médiévale, l'Islam, surtout sous la dynastie des Omeyyades, a vécu les heures de gloire de la médecine arabo-musulmane, basée sur une connaissance encyclopédique venue des textes grecs des différentes écoles, notamment celle d'Alexandrie. Une figure emblématique de cette médecine fut le médecin persan, Avicenne, dont le nom orne le fronton d'un des hôpitaux de l'AP-HP, l'ancien hôpital franco-musulman de Bobigny. À toutes ces époques, sur tous les horizons, le désir de connaissances, la nécessité d'approcher la vérité anatomique et physiologique des causes des maladies, de mieux comprendre les blessures, les lésions, toute la traumatologie, et toutes les mesures pouvant être prises pour guérir ces lésions de la guerre sont autant d'éléments apportés au fil des siècles à ce qui servira de base de connaissances à la médecine légale.

AMBROISE PARÉ, LE CHIRURGIEN DES ROIS, PRATIQUE LA PREMIÈRE AUTOPSIE JUDICIAIRE

À l'époque de la Renaissance, les progrès de la médecine et de la médecine légale vont être multiples. Vésale, en Italie, est l'initiateur des autopsies telles qu'on peut encore les pratiquer. En France, Ambroise Paré, pratique la première autopsie judiciaire.

On trouve dans les œuvres d'Ambroise Paré, le

résumé des signes permettant d'affirmer le degré de gravité des blessures et des modèles de rapports judiciaires. Il est véritablement l'ancêtre de la médecine légale française. Plus tard, pour Paris, le roi Henri iv nomma un conseil restreint des meilleurs médecins du royaume afin d'établir des rapports médico-légaux concernant les morts et les suicidés. L'ordonnance de 1670 du roi Louis XIV, auquel bien peu de chose échappait, concerne les rapports des médecins et chirurgiens ; elle permet aux blessés de se faire visiter par des médecins et les chirurgiens qui affirmeront leur rapport véritable, instituant ainsi officiellement des médecins experts pour les besoins judiciaires. Indépendamment de cette visite, les juges pouvaient en ordonner une seconde, faite par des médecins et chirurgiens qu'ils désignaient, instaurant un principe encore actuellement en vigueur. Avec Louis XV, qui abolit la « question préalable et

préparatoire », puis la torture en mai 1780, la preuve scientifique du crime commença à revêtir une importance capitale. À cette époque, le docteur Antoine Louis (1723 - 1792) donna des cours au collège de Saint-Côme, seul établissement où la médecine légale était étudiée. Il fut l'un des médecins créateurs d'une chaire de médecine légale en France. Il se prononcera sur l'affaire Callas avant le libelle de Voltaire et imaginera, pour ne pas faire souffrir les condamnés, l'instrument fatal que Guillotin réalisera sur ses conseils et qui allait être utilisé à grande échelle - même contre lui - pendant la Terreur. Il eut de fameux élèves : Dominique Larrey ou Percy, chirurgiens militaires sous Napoléon 1^{er}, ou encore François-Emmanuel Fodéré qui publia, sur ses instances, son traité de médecine légale, le premier grand traité de l'époque moderne. Fodéré en parlait en ses termes : « Louis, je le répéterai encore, a rendu

ce service signalé à son pays. Ses lettres sur la certitude des signes de la mort ; ses mémoires sur les noyés, sur les moyens de distinguer sur un corps pendu les signes du suicide d'avec ceux de l'assassinat, sur les naissances tardives, etc., (...) ; ses consultations dans les causes de Monbailly, de Syrven, de Callas, de Cassagneux, de Baronet, etc., (...) sont tout autant de traits de lumières qui ont rejeté bien loin tout ce qui avait été écrit jusqu'à lui. »

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Selon vous, pourquoi la médecine légale est-elle née ?

La mort a sans doute été une interrogation décisive dans l'évolution de la médecine. Les questions existentielles sur la vie, la mort, le pourquoi des choses ont rythmé l'histoire des sciences. La médecine légale, comme la médecine, essaie d'y répondre. Le plus petit texte biblique ou historique reflète ces préoccupations universelles. De tout temps, la médecine légale a été confrontée aux mêmes problèmes de morts violentes tels que les empoisonnements, les crimes crapuleux, les crimes passionnels ou les plaies par armes à feu. Dès que les connaissances médicales se sont imposées, au fil des siècles, ces interrogations se sont précisées et la médecine légale a alors tenté d'y répondre tout en suivant l'évolution de la science.

Quelles ont été les aspirations des médecins de l'époque ?

Avant même de parler de la notion de science, les médecins

avaient soif de connaissances. Dans les textes anciens médico-légaux de la période postmédiévale par exemple, les médecins étaient de simples descripteurs et cliniciens ; ils constataient chaque plaie ou traumatisme. À la Renaissance, les connaissances anatomiques ont vu le jour. D'ailleurs, les médecins légistes font très souvent référence à Vésale, auteur d'un des premiers traités d'anatomie. C'est à cette période que l'autopsie s'est dissociée de la médecine légale, car il faut utiliser, en plus des connaissances médicales, des connaissances médico-légales.

Quelles sont les différences de pratiques avec la médecine légale des siècles précédents ?

La curiosité reste inchangée, mais les moyens qui sont à notre disposition sont très différents ; ils n'ont d'ailleurs rien à voir avec ceux des siècles précédents. Notre base de connaissances

est maintenant acquise avec l'ensemble des données anatomiques, physiologiques et d'imageries. Les premiers médecins légistes apportaient une connaissance supplémentaire grâce aux observations, tandis que nous, nous avons déjà un socle de connaissances préétablies. Grâce aux différents outils que nous possédons déjà, l'exigence est requise et toute la profession se doit d'être de plus en plus précise.

LA PREMIÈRE VERTU D'UN MÉDECIN- LÉGISTE : CONNAÎTRE SES LACUNES

Mais, après la période napoléonienne si troublée en Europe et les guerres qui l'ont ponctuée, la médecine légale allait connaître, de l'époque de Charles X à la

Belle Époque de la troisième République, une période brillante et inventive, comme celle de la médecine qui entrainait dans la partie scientifique de son histoire et de son développement. Ce fut Mathieu Orfila (1787-1853), médecin et chimiste qui utilisa les ressources de la chimie pour mettre au point ce qui sera la toxicologie analytique. Parallèlement, il inventa le premier test d'identification du sang. Il fut aussi le premier à se servir du microscope pour détecter les traces d'origine biologique comme le sang et le sperme, précieux indices en matière criminelle. Orfila publia de nombreux ouvrages notamment *des Leçons de médecine légale* (1821-1823), un *Traité des exhumations juridiques* en 1830 et un *Traité de médecine légale* en 1847. À sa suite, les médecins légistes s'emparent du microscope et analysent les taches de sang qu'on saura grouper avec les travaux de Karl Landsteiner à l'orée du XX^e siècle, commençant ce qui sera les

sciences médico-légales ou forensiques, de « *forenses* », nom latin de la médecine légale et dont les légistes des séries télévisées se prévalent. Médecin américain d'origine autrichienne, Karl Landsteiner (1868-1943), mit en évidence, pour la première fois en 1900, l'existence de groupes sanguins au sein de l'espèce humaine en identifiant le système ABO. Ses travaux furent aussitôt adaptés par Max Richter pour la médecine légale, premier exemple d'application directe à la criminalistique de travaux scientifiques sur l'identification humaine, avec ce bond extraordinaire qui n'aura d'égal que celui fait avec la découverte des empreintes génétiques par Alex Jeffreys, cent ans plus tard. La photographie s'invite sur les scènes de crime, immortalisant les victimes de Jack l'éventreur qui sévissait outre-Manche ou les crimes célèbres parisiens. Le Bertillonage fait surgir l'anthropologie médico-légale et l'identification

médico-légale que Francis Galton (1822-1911) fait progresser en établissant l'unicité et la permanence des figures cutanées des empreintes digitales et en proposant un système de classification.

Même les phanères parlent au médecin légiste et aux sciences forensiques puisqu'après la publication en 1910, par le fameux médecin légiste parisien Victor Balthazard, professeur de médecine légale à la Sorbonne, et Marcelle Lambert, de la première étude approfondie « *Le poil de l'homme et des animaux* », une femme fut convaincue d'assassinat sur la base de l'étude de ses cheveux. La radiologie, enfin, apporte toutes les ressources de l'imagerie médicale dans les examens de victimes et les bilans des lésions, comme dans les autopsies. La médecine légale n'a pas été en reste de progrès, dans toute l'Europe du XIX^e siècle.

En 1824, le médecin légiste Chaussiez écrivait dans la préface de son *Recueil de mémoires sur la médecine légale* des propos toujours d'actualité : « Chargé dès les premiers temps de mon établissement et de ma pratique médicale de faire les visites et rapports juridiques, consulté de temps en temps sur des accusations d'infanticides, de meurtres ou autres cas de blessures et de violences qui étaient soumis aux tribunaux, je reconnus bientôt que, malgré toutes mes études, il me restait encore beaucoup à apprendre pour bien remplir les nouvelles fonctions qui m'étaient confiées. » Le célèbre professeur Brouardel, dans son introduction au *Précis de médecine légale* de Vibert en 1890, confiait quelques règles d'or : « (...) *la première vertu d'un médecin-légiste est de connaître les lacunes de son éducation spéciale et d'oser les confesser ; c'est là une première qualité mais ce n'est pas la seule.* L'érudition scientifique la plus étendue ne suffit pas

pour être un bon expert. Il faut savoir encore appliquer ses connaissances médicales générales à cette forme toute spéciale de la médecine, il faut faire usage d'une méthode propre, différente des procédés habituels de la médecine clinique ordinaire. »

Comme nous l'avons vu, la médecine légale s'inscrit dans les sciences médicales et médico-légales ou forensiques, pour revenir à la dénomination latine *forenses* qu'ont gardée les Anglo-Saxons dans leurs termes de *Forensic Medicine* et de *Forensic Sciences*. « Pour être médecin légiste, il faut avoir des connaissances complètes en médecine, chirurgie, savoir faire une autopsie, reconnaître les lésions spontanées des lésions provoquées, être exercé aux recherches microscopiques nécessaires pour distinguer les taches de sang, de sperme, de

méconium du fœtus, etc., avoir étudié les symptômes, les lésions déterminées par les diverses intoxications. Si le chimiste est seul compétent pour déceler la présence d'une substance toxique dans les viscères, le médecin seul peut établir qu'entre les symptômes, les lésions, les expériences physiologiques et les résultats fournis par le chimiste, il existe une concordance, ou une discordance, permettant d'affirmer qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'intoxication. »

Toujours selon le médecin légiste Brouardel, dans sa préface au célèbre *Précis de médecine* du Dr Vibert, la médecine légale doit d'être une spécialité à part entière, exercée avec l'aide de compétences que le médecin légiste doit savoir solliciter. « Il faut que l'instruction des experts soit assez complète pour répondre aux exigences énumérées plus haut (...) de

sorte qu'ils n'hésitent pas, par fausse modestie, à demander, dans des cas particuliers, l'adjonction d'un expert plus compétent dans des questions spéciales, pas plus que dans la pratique journalière un médecin, même des plus instruits, n'hésite à appeler un médecin consultant spécial pour des maladies spéciales. Il est évident que cette érudition si variée ne peut se concevoir réunie que par un médecin ayant voué sa vie à l'étude de la médecine légale, il est non moins clair que le traité de médecine légale qui contiendrait les documents nécessaires pour exposer tous les problèmes médico-légaux constituerait une véritable encyclopédie. Les questions médico-légales sont donc en nombre illimité, chaque jour il en surgit de nouvelles provoquées par les découvertes de la science et par les changements des mœurs. Nul ne saurait se flatter de posséder sur tous les points des sciences applicables à la médecine légale des

connaissances complètes. »

Ami lecteur, voilà qui limite l'ambition de cet ouvrage ! Cet ouvrage se veut une introduction à la médecine légale. C'est bien loin d'en être une encyclopédie. Car la médecine légale a un horizon bien large, comme l'indiquait le professeur Victor Balthazard, au début du XX^e siècle, en préface de son *Traité de médecine légale* : « L'horizon de la médecine légale s'est trouvé rapidement élargi par l'étude des lois sociales, à tel point que plusieurs de nos collègues des facultés de province ont demandé le changement du titre de leurs chaires, qu'ils appellent chaires de médecine légale et de médecine sociale. Il incombe, en effet, au professeur de médecine légale, d'initier les étudiants aux lois qui régissent le travail et l'hygiène : loi sur les accidents du travail, sur les

maladies professionnelles, sur les pensions de guerre, sur les assurances sociales (...). Il est donc aussi indispensable, actuellement, de connaître les notions fondamentales des lois sociales qu'il l'était antérieurement, d'avoir des notions précises sur la posologie des alcaloïdes. »

SANS MÉDECINE, IL N'Y AURAIT PAS DE BONNE JUSTICE

Deux guerres mondiales plus tard, dans ce monde contemporain que nous appréhendons mieux, dans ce XXI^e siècle naissant, alors que la mémoire des anciens s'estompe, voici, pour conclure cette

introduction historique, ce que disait l'illustre Simonin, professeur de médecine légale de l'Université de Strasbourg dans les années 1950, et qui s'applique si bien à la situation actuelle de la médecine légale en France : « Qu'est-ce que la médecine légale ? L'association des termes "médecine" et "légale" surprend à première vue. Elle apparaît moins mystérieuse quand on se rappelle que le juge est chargé, au nom de la société, de faire respecter les droits de la personne humaine. En maintes circonstances, ces droits ont un caractère biologique. La vie entre les hommes n'a-t-elle pas à sa base des processus biologiques ? (...)Le juge, technicien du droit, a donc besoin d'être éclairé par l'homme de l'art qui étudie les phénomènes biologiques et pathologiques. Que peut-il attendre de la pensée biologique ? Elle se sépare malheureusement de la pensée juridique sur de nombreux points ; elle

est souvent hésitante, indécise, perplexe car son essence même est une inconnue : la vie. De ce fait, le raisonnement biologique comporte toujours une part de réserve, d'incertitude, de doute. La pensée juridique, au contraire, est précise, concise, juste, parce qu'elle est encadrée par des textes - les codes et les lois - qui sont des constructions humaines, donc saisissables, discernables et assimilables. Les juristes s'appliquent à domestiquer la vie, à la faire entrer dans les cadres rigides de la loi, tandis que les biologistes cherchent à la comprendre... Apparemment, il y a antinomie entre les deux tendances - biologique et juridique - qui, pourtant, doivent s'associer dans un certain nombre de cas. Pour que justice soit faite. À la médecine légale judiciaire revient la mission de jeter un pont entre la pensée juridique et la pensée biologique. Elle se présente ainsi comme une discipline particulière, qui

prête un concours nécessaire à l'exécution de la loi. Oui, la médecine est indispensable à la Justice. Sans médecine, il n'y aurait pas de bonne justice. Elle serait souvent inopérante si elle n'était pas éclairée par des médecins spécialisés appelés médecins légistes ou médecins experts. C'est aux tribunaux pénaux et civils que la médecine légale classique apporte son aide technique. (...)

De nos jours, nous assistons à une évolution importante de cette discipline ; l'idée de Justice ne se cantonne plus au droit pénal et au droit civil. Lorsqu'elle entreprend l'étude du criminel, de ses réactions antisociales, de ses actes et de leurs conséquences médicales ou biologiques, de son identification, de sa responsabilité pénale, de sa rééducation, c'est la médecine légale judiciaire ou

criminologique. »

C'est ce vaste champ d'activité que je vous invite à explorer au fil des pages de ce livre.

LES MORTS VIOLENTES PAR SUICIDE, ACCIDENT...

Parmi les morts violentes le plus souvent rencontrées par le médecin légiste, les morts par suicide figurent en tête de liste. Ce phénomène concerne également plus largement le corps médical confronté à la pratique des urgences, de la traumatologie, de la réanimation, de la psychiatrie comme il concerne

médecins généralistes, pouvoirs publics, assistantes sociales, jusqu'aux assureurs, chargés des différentes indemnisations, et au monde du travail, depuis quelques retentissantes histoires de suicide au travail, attribuées à un harcèlement ou à un épuisement au travail. Mais celui qui est le plus fréquemment et le plus directement en première ligne, c'est le médecin légiste, pour qui la réalité s'illustre d'images plus perturbantes les unes que les autres, malgré l'habitude.

LE SUICIDE, PREMIÈRE CAUSE DES MORTS VIOLENTES

Ce problème majeur de santé publique a été qualifié, en 1999, de grande cause nationale sans que les choses changent vraiment. Depuis, des journées nationales de prévention du suicide sont organisées, le Pr Debout, professeur de médecine légale à la faculté de médecine de Saint-Étienne, dépose rapport sur rapport et anime commission sur table ronde sans beaucoup d'effets. Les suicides arrivent largement en tête des causes de morts violentes en France. En 2000, selon un article de Jean-Claude Chesnais, de l'Institut National des Études Démographiques, paru dans *Population et Sociétés* en 2003, le taux de mortalité par suicide atteignait 17,5 pour 100 000 en France contre 14,2 en Allemagne et en Suède, 11,3 aux États-Unis et 8,2 en Italie. Il est surtout intéressant de noter que le taux de suicide en France n'a presque pas varié depuis le début du xx^e siècle ! Depuis près de quinze ans, il y a plus de décès par suicides que

par accidents de la circulation. En termes d'années de vie perdues, le suicide est la troisième cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs, avec une incidence en augmentation chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement chez les hommes de moins de 50 ans.

Le suicide constitue donc un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux qu'il révèle. Si le suicide auquel est confronté le médecin légiste est important en nombre, il peut être très différent dans ses formes.

Au moins une fois par an, je me trouve face à un

homicide-suicide, affaire qui marque la mémoire collective car elle est chargée d'affect et d'émotions. Un couple en séparation. Le mari abat sa femme puis se tue. Un ancien amant éconduit et harceleur qui supprime son ex-amante avant de se donner la mort. Un père qui pend ses propres filles avant de se pendre lui-même au domicile de son ancienne épouse. Autant de situations rencontrées face auxquelles l'on se sent désemparé de ne pas avoir pu agir ; l'on se demande pourquoi leur entourage n'a rien vu venir.

Pendant un temps très court, l'agitation médiatique propulse ces histoires au-devant de la scène régionale ou nationale, selon que l'actualité est riche ou non. Les victimes ne sont pas encore mises en bière que l'intérêt pour ce récit tragique ne touche plus que les proches et ceux qui ont vécu le drame, des premiers

secours aux enquêteurs. L'affaire reste gravée à jamais dans la mémoire d'une famille alors qu'elle s'empoussière doucement dans les archives médico-légales et judiciaires. Que dire aussi de cette femme, victime de violences conjugales, tout juste séparée d'un mari violent et procédurier, mais toujours harcelée, toujours sous pression, qui se donne la mort presque rituellement pour échapper enfin à ce mari qui porte une telle responsabilité dans son décès ? Funeste ironie des dispositions légales : le harceleur sera l'exécuteur faussement éploré des dernières volontés de la défunte, le couple n'étant pas officiellement divorcé. Non, le suicide n'est décidément pas monomorphe et peut toucher bien plus de personnes que la seule victime de l'acte.

FERNAND, LE REFUS DE LA DÉFAILLANCE

Retraité depuis plus d'une dizaine d'années, Fernand a mené toute sa carrière dans la même usine ; c'est à regret qu'il a quitté son poste d'ingénieur. À 77 ans, il participe à de nombreuses activités au sein de sa commune. Ses capacités, il les met à profit pour bricoler. Enfin, pour être exact, il garde son temps, rassemble son énergie et ses ressources pour les utiliser. Comme s'il engrangeait des forces.

Depuis quelques mois à peine, la détérioration intellectuelle le frappe. Elle s'est invitée insidieusement dans sa vie ; la voilà qui se fait galopante. Fernand sent qu'il perd la mémoire. Mais pas seulement. Il perd ses compétences, il perd ses

capacités d'analyse.

Depuis qu'il se sent diminué, son caractère devient aigri devant cette maladie qu'il refuse et qui le dégrade. Ce jour-là, alors qu'il veut utiliser un appareillage défaillant et qu'il aurait su parfaitement démonter, remonter et remettre en plein fonctionnement quelques mois plus tôt, il en est incapable. Devant la colère et l'impuissance de son mari à redonner vie à cet outil récalcitrant, son épouse décide d'aller acheter un nouveau matériel qui l'aidera pour son bricolage. Plus tard, en début d'après-midi, elle se fait conduire par une voisine au magasin où elle compte en faire l'acquisition et, par là même, faire une bonne surprise à son ingénieur de mari. À son retour, Fernand n'est plus là. Elle le cherche dans la maison. Dans les étages. Dans le garage. Dans le jardin. Il n'est nulle part. Et pour cause. Elle remarque alors que la porte de la cave est ouverte. Et, dans cette cave, gît le corps de son mari.

Elle essaie de le bouger. En vain. Elle retire le pistolet qu'il tient dans la main pour qu'il ne se blesse plus, dans un geste amoureux mais inutile. Elle tente de lui porter secours, elle crie pour qu'on lui vienne en aide et n'aura pas plus de pouvoir que les pompiers et que l'équipe du SMUR qui interviendront successivement.

Le diagnostic médico-légal n'est pas très complexe : orifice d'entrée thoracique et sortie thoracique sur le même axe, correspondant bien à l'arme particulièrement puissante qu'il possédait et qu'il a utilisée pour mettre fin à ses jours. Les photographies, l'examen détaillé, les prises d'empreintes sur l'arme et les recherches de poudre par test atomique pour déterminer s'il s'est servi de son arme, étayent le diagnostic médico-légal. L'explication de sa crise suicidaire n'est guère plus complexe. Fernand exprimait sa défaillance et sa crainte de se dégrader ; c'est parce qu'il en avait encore suffisamment

conscience qu'il a décidé de se donner la mort. Tous ses proches rassemblés après la macabre découverte racontaient l'homme brillant qu'il avait été mais sans évoquer ou sans comprendre à quel point cette défaillance l'humiliait dans l'image narcissique qu'il avait de lui. C'est là que l'autopsie psychologique peut aider à appréhender les motivations dans des gestes aussi brutaux et terribles que peuvent l'être des passages à l'acte suicidaire. Pour épargner, plus tard, une autre vie. Un autre Fernand, peut-être.

CONDAMNER INCITATIONS ET AIDE AU SUICIDE

Pour reprendre le parallèle avec les accidents de la

route, les pouvoirs publics ont voulu médiatiser la question, afin d'enrayer cette cause de mortalité. Faire une campagne d'information sur les accidents de la route et la faire appliquer est une tâche que les pouvoirs publics connaissent. Des textes de loi, des radars, des gendarmes et des policiers permettent d'accompagner le geste à la parole et renvoient chaque individu devant la responsabilité collective de sa conduite propre que peut juger l'institution pénale, celle qui juge de nos rapports à la loi collective. Pénalement, en ce qui concerne le suicide, les seuls moyens disponibles consistent à interdire toute propagande sur le suicide (sous prétexte d'incitation...) et à condamner des incitations ou aides au suicide, sous couvert d'euthanasie. Par contre, les pouvoirs publics et leur arme pénale s'arrêtent à la porte des domiciles et sont bien loin de toucher les consciences. Lorsque le confesseur a

cessé d'en avoir la clé, le problème du suicide a envahi bien des consciences. Il est intéressant de constater qu'historiquement, en France, avec les chiffres précis de l'INED, le suicide a connu une nette augmentation entre la période de 1846 à 1855 où le taux de décès par suicides est de 8,9/100 000 alors que les temps sont durs, voire révolutionnaires et, de 1896 à 1905, où il passe à 20,8/100 000, proche du taux actuel, alors que la période est celle de la Belle Époque, celle de la séparation de l'Église et de l'État, celle qui nous fait déjà entrevoir notre monde moderne dont la Grande Guerre sera l'effroyable porte d'entrée.

Puisque le suicide ne peut pas logiquement répondre à des actions collectives, on peut essayer, en tant que médecin légiste, de remonter aux causes pour les

comprendre, et tenter d'apporter des éléments utiles pour protéger un autre candidat au suicide contre les conséquences avant qu'elles ne surviennent. C'est la technique de l'autopsie psychologique qui nous fournit ces éléments, cas par cas, histoire par histoire, au jour le jour. Avec d'autres instruments, démographiques cette fois, Alfred Nizard et ses collaborateurs, toujours dans *Population et Sociétés* en avril 1998, avaient étudié les facteurs sociaux pouvant conduire au suicide. Ils avaient relevé les influences néfastes du grand âge avec un taux de suicide en constante augmentation chez les plus de 75 ans, un affaiblissement du rôle protecteur des mariages chez les moins de 45 ans, souvent célibataires, séparés, divorcés, en instance de divorce, etc., une relation évidente avec le chômage dans les âges d'activité, et une surmortalité très nette chez les jeunes adultes jusqu'à la quarantaine. Des

informations que le médecin légiste peut confirmer, certes à petite échelle, mais beaucoup plus près de la réalité du moment, car de notre lieu d'observation, nous pouvons parler de l'actualité.

L'on voit des personnes qui n'ont pas été entendues ou comprises, qui ont été laissées seules, avec la fausse sécurité d'un traitement qu'elles prennent ou pas. Sans qu'on le sache. On s'est désintéressé d'elles, comme on le fera vite au moment de l'enquête pour mort suspecte. Dès que le suicide est établi, l'action judiciaire n'a plus lieu d'être. S'il s'agit d'un homicide suivi d'un suicide, l'auteur étant mort l'action est éteinte et le médecin légiste reste presque le seul à réfléchir sur ce qui a motivé le suicide. Non seulement cela n'intéresse pas le pénal et mais cela dérange les enquêteurs, encore plus s'il s'agit du

suicide d'un policier ou d'un gendarme avec une arme de service ou dans les locaux.

Nous savons aujourd'hui que parler du suicide avec un patient en état de dépression ne signifie pas pour autant encourager son acte, mais plutôt prendre connaissance de la situation, afin de l'orienter au mieux vers le ou les gestes thérapeutiques adéquats. Et c'est déjà beaucoup. Mais c'est l'autopsie psychologique qui nous le révèle, en remontant le fil de la crise suicidaire, les personnes âgées ou les actifs voient rarement des spécialistes et leur médecin traitant ne leur accorde que peu de temps d'écoute, lorsqu'ils évoquent les premiers signes annonciateurs d'une telle crise. Pourtant, ce réel problème concerne quasi quotidiennement les médecins dans leur pratique, qu'elle soit hospitalière ou extra-

hospitalière. En général, la réponse est stéréotypée : « *Reposez-vous* », « *Je vous donne un arrêt* », « *Je vous prescris un tranquillisant* ». Si l'on ne dispose pas des statistiques moyennes du temps de parole offert à chaque patient, l'on dispose, en revanche, de celles des arrêts de travail consentis et de la prescription des fameuses benzodiazépines, ces tranquillisants à tout faire, dont les Français sont les premiers consommateurs au monde ! À en juger au quotidien, sur les scènes de suicide, la bonne thérapeutique n'est pas encore en pratique.

INFORMER POUR PRÉVENIR

Cela fait bien longtemps que ce problème m'intéresse ; chaque victime de suicide rencontrée me conforte dans la volonté d'informer pour prévenir.

Pour mieux aborder ce fléau en milieu urbain, j'ai dirigé, à la fin des années 1990, une thèse de médecine basée sur l'expérience médico-légale des urgences médico-judiciaires en Seine-Saint-Denis. Requis par les autorités judiciaires pour les examens de décès non naturels, les médecins légistes cliniciens examinent chaque année de nombreuses victimes, en prenant compte des motifs, des contextes, des moyens de suicide. La thèse avait comparé les données recueillies sur les suicides mortels en 1992 et en 1999 par les médecins légistes en Seine-Saint-Denis. Elle avait pour but de dégager des éléments de compréhension utiles à la prévention du phénomène

du suicide, avec la comparaison entre le département de Seine-Saint-Denis (le 9-3 !) et les chiffres régionaux et nationaux. Sur 116 cas en 1992 et 195 en 1999, le rapport hommes/femmes était de deux hommes pour une femme, un âge moyen du suicide de 45 ans environ. Dans cette étude, le taux de mortalité par suicide chez les personnes âgées inquiétait parce qu'il avait doublé entre 1992 et 1999, représentant le second pic de mortalité par tranche d'âge. Phénomène que j'ai continué à observer, à partir de 2004, au Sud-Est de la Picardie. La liste des moyens comprenait des moyens très létaux, comme les pendaisons, dans plus d'un tiers des cas, les suicides par armes à feu dans 20 % des cas, un peu plus que les défenestrations (liées à la vie dans les grands immeubles). Enfin, les intoxications, dans un peu plus de 15 % des cas mortels (bon nombre étant sauvés par les services d'urgence), et les noyades,

dans 5 % des cas et divers moyens aussi brutaux, pour les 7 % restants, comme le suicide sous un train, les sections de vaisseaux ou les suffocations.

Depuis une quinzaine d'années, l'on constate que les suicides actuels sont plus violents, tout du moins dans la symbolique de cet acte, plus durs dans leur expression, leur préparation étonnant toujours le médecin légiste que je suis. Parallèlement, l'utilisation d'alcool ou de toxiques dans les cas de suicides mortels ne cesse de décroître, ce que j'ai remarqué sur des séries comparatives depuis 1992.

Dans une communication devant la Société française de médecine légale, j'ai abordé le thème des suicides

et de la fin de vie, celui des suicides du grand âge et des pathologies terminales. Les études publiées nous ont révélé que les risques suicidaires peuvent atteindre jusqu'à dix fois la fréquence de la population générale dans des groupes témoins pour des pathologies chroniques (insuffisance rénale, paraplégies, cancers...) et que les pourcentages d'idéation suicidaire, d'absence de goût pour la vie et de souhaits de mourir atteignent plus d'un tiers des malades âgés.

JEAN, UN HABIT DE LUMIÈRE POUR LE DERNIER VOYAGE

C'est une histoire banale. Une histoire banale à pleurer comme on en voit trop souvent à la une des journaux. À cinquante-cinq ans, Jacques ne supporte pas l'idée de la séparation. Sa femme et lui ont toujours vécu ensemble et voilà que son univers s'écroule. Mais rien à faire. Son épouse lui a annoncé qu'elle partait. Il l'a pourtant avertie : il se tuera si elle met sa menace à exécution. Un ultimatum bien compréhensible dans pareil contexte. Une pression exercée pour la retenir. La femme de Jean ne pensait pas causer autant de dégâts en reprenant sa liberté. Son mari n'avait ni traitement médical ni antécédent psychiatrique. Il n'était pas non plus alcoolique ou sujet à des troubles du comportement qui auraient pu l'inquiéter. Cependant, la veille au soir, elle se fait du souci car Jean n'est pas à la maison. Il ne rentrera pas de la soirée. Elle entreprend des recherches avec l'aide de voisins. En vain. Elle se résout à contacter la gendarmerie pour signaler la disparition de son mari. Il n'est pas au domicile. Il n'est pas parti avec sa voiture et rien ne laisse

supposer qu'il se soit jeté dans un cours d'eau où il allait pêcher, relativement éloigné de la maison. D'ailleurs, il n'a pas pu s'y rendre à pied et son véhicule n'a pas bougé. On ira quand même vérifier sur place et, effectivement, il n'est pas allé se noyer. Non. Jean a préféré choisir un arbre bien solide, tout près de son atelier. Un arbre dont il connaissait la solidité des branches en bon menuisier qu'il était.

Le lendemain matin de sa disparition, Jean est retrouvé pendu à cette branche d'arbre, les pieds touchant presque le sol, la tête inclinée vers l'avant, avec ce rictus particulier des pendus. Son lien, il l'avait, lui aussi, sélectionné avec soin : un large cordage qu'il utilisait pour déplacer les meubles dans son atelier. Tout dernier message, ô combien symbolique ! Il met fin à une vie qu'il avait consacrée à son travail et à son épouse. Une vie qui ne présentait plus d'intérêt pour lui puisque tout semblait s'effacer brutalement. Jean est découvert,

vêtu de son plus bel habit à ses yeux, celui de son travail, celui qu'il aimait revêtir tous les jours d'une vie qu'il aurait à jamais voulu voir s'écouler sans remous à jamais. Comme l'eau de l'étang où il aimait à pêcher au temps des jours heureux.

HAUT DEGRÉ DE PRÉMÉDITATION

Des différentes études, on retient que cette volonté suicidaire, si elle est nette et fréquente, s'exprime souvent discrètement et qu'il existe un rapport entre l'acte suicidaire et la longueur de la vie ou de la maladie plutôt qu'un rapport strict entre la gravité de l'état de santé physique et le suicide. Ce qui interroge

chez les personnes âgées commettant un suicide, souvent encore assez valides, c'est le décalage observé par le médecin légiste qui effectue l'examen post-mortem entre les modes de suicides violents d'une part, et, d'autre part, des conditions de vie satisfaisantes et l'expression discrète du désir suicidaire dans les antécédents retrouvés.

Pour mieux juger du phénomène du suicide des personnes âgées et très âgées, j'ai étudié rétrospectivement une série de suicides de personnes de plus de 75 ans, examinées sur réquisition judiciaire aux urgences médico-judiciaires du CHU Jean Verdier (AP-HP) en Seine-Saint-Denis pendant l'année 2002, ce qui représentait 5 % des levées de corps judiciaires réalisées.

La violence des moyens suicidaires était l'un des éléments les plus caractéristiques, d'autant que les personnes âgées de notre série disposaient, pour la plupart, de médicaments à domicile pouvant devenir, à hautes doses, des moyens suicidaires tout à fait efficaces (médicaments à visée cardiaque, tranquillisants, etc.). Ce sont, au contraire, des moyens suicidaires violents qui sont utilisés comme la pendaison (éventuellement à une poignée de fenêtre lorsque la mobilité est réduite), la défenestration, l'automutilation par égorgement, la mort par privations, la suffocation, ou le suicide par arme à feu indiquant une volonté suicidaire sans concession, bien éloignée d'un suicide « d'appel » ou parasuicide, selon la classification psychiatrique.

Le deuxième choc, sur la scène de décès, se produit avec le contraste entre le choix de moyens violents et le cadre de ces suicides qui est, en général, tout sauf désordonné. En témoigne le choix d'une pièce à l'écart souvent symbolique (la chambre, une salle de bains chez des personnes attachées à leur image, un atelier, lieu préféré d'un bricoleur, etc.) alors que tout le reste de l'appartement est soigneusement rangé. Dans une autre pièce, à l'écart mais bien en vue, le dernier message adressé aux vivants est posé sur une table ou un bureau : un livret de famille, des instructions funéraires ou testamentaires. Cette seule série médico-légale de suicides de personnes âgées vue par les UMJ du CHU Jean Verdier (AP-HP) en 2002, permet néanmoins de dégager des éléments : un haut degré de préméditation, la tendance à des suicides violents, des problèmes médicaux

coexistants, la recherche de moyens d'autant plus létaux que l'âge est élevé, en écho à d'autres études internationales. Elle montre aussi que le rôle du médecin légiste clinicien peut aller au-delà du simple constat à visée judiciaire, par un apport éthique et de santé publique.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Y a-t-il beaucoup de suicides ?

Oui, c'est un vrai problème de santé publique en France. Si les homicides sont de moins en moins nombreux, nous constatons une augmentation du nombre de suicides avec une

violence très particulière. De mon point de vue de médecin, c'est un échec, car nous n'avons pas pu les prévenir. C'est aussi très violent pour la famille parce qu'elle n'a pas pu le détecter et l'empêcher. À l'heure actuelle, le mode de suicide est très brutal. Nous sommes bien loin de la prise de médicaments. Les modes de suicide sont sciemment réfléchis.

Sont-ce des morts suspectes ?

Tout suicide est une mort suspecte. Il faut déjà éliminer l'idée d'un homicide. Nous avons eu un certain nombre de cas où il y avait des doutes assez importants, notamment des suicides de personnes âgées qui peuvent paraître improbables. Il y a toujours une certaine méfiance, et c'est là tout l'intérêt de l'aspect médico-légal qui doit être systématiquement vérifié par l'intervention du médecin légiste.

Quel est votre rôle lorsque vous êtes appelé sur les lieux d'un accident ou d'une catastrophe naturelle ?

Les catastrophes naturelles sont assez rares sur le territoire national. Toutefois, nous sommes intervenus sur les lieux du crash du Concorde. L'exercice de la médecine légale se place alors sur une tout autre échelle. Le travail est codifié par tous les médecins légistes présents sur le site. Cela a fait l'objet d'une consultation internationale ; il y a une codification devant ce qu'on appelle les « désastres de masse », qui peuvent être liés à des circonstances naturelles ou accidentelles exceptionnelles. Dans pareils cas, il faut procéder avec beaucoup de méthode car plus il y a de décès, plus il y a de travail, et plus la méthode est absolument nécessaire.

Qui demande une autopsie ? Combien coûte-t-elle ?

Le rôle du médecin légiste est d'être le conseiller du « judiciaire ». Si l'on a le moindre doute, si l'on ne peut pas définir exactement le mode de décès, si l'on pense à une intoxication, par exemple, et que les examens toxicologiques sont inadéquats, l'on va, bien évidemment, demander une autopsie. C'est notre solution de recours ; elle nous permet d'avoir un examen complet et de déterminer les causes de la mort. En France, le médecin légiste n'est pas celui qui va ordonner l'autopsie. C'est sur ses conseils qu'il va orienter le procureur, donner des arguments scientifiques et médico-légaux cohérents pour pouvoir réaliser l'autopsie. Il n'en est pas le prescripteur.

Une autopsie coûte environ 138 euros sur un corps non putréfié, le double si le corps est putréfié, ce qui est dérisoire par rapport aux frais et à la nécessité de l'équipement. L'équipement d'une salle d'autopsie coûte environ 200 000 à

300 000 euros, ce qui ne se rentabilise pas beaucoup avec un nombre d'autopsies relativement restreint. Il ne fait pas de doute que les autopsies doivent être regroupées dans des centres équipés, avec du personnel qualifié, y compris les agents des services mortuaires. La réponse à cette exigence de plateau technique ne peut se concevoir qu'en milieu hospitalier, où le service médico-légal et le service mortuaire de l'hôpital partagent locaux et moyens (salle d'autopsie équipée pour les autopsies médico-légales et scientifiques, cases réfrigérées pour les décès hospitaliers et médico-légaux, personnel formé).

L'EAU, UN PIÈGE MORTEL

Le médecin légiste est le médecin des morts

violentes. Mon propos n'est pas d'en faire un catalogue proche de ceux qui structurent les traités de médecine légale et les encyclopédies médico-légales, mais de présenter les cas les plus frappants. Notre environnement prend parfois une étrange allure quand il est vu à travers l'œil du légiste. Fleuves, rivières, lacs, canaux et rivages marins, toute cette eau qui nous entoure et que nous apprécions comme promeneurs ou vacanciers, peuvent devenir des pièges mortels. Les noyades accidentelles sont les plus fréquentes : personnes ne sachant pas nager, eau trop froide et, plus brutalement, chute en mer, chute de l'éthylique dans un cours d'eau, chute de l'épileptique face contre terre dans une flaque, enfant dans une baignoire, etc. Le candidat au suicide a souvent recours à la noyade, généralement associée à une prise de toxiques ou d'alcool, plus rarement facilitée par des liens ou un poids autour du corps ou

dans les vêtements mis par le suicidant lui-même. La noyade suicidaire se voit en eau courante et à domicile dans des baignoires. Les causes criminelles des noyades sont rares mais l'on peut les rencontrer dans les homicides de personnes âgées, les infanticides et les meurtres d'enfants. Le doute plane et, l'on a besoin du médecin légiste. La mémoire collective a gardé le souvenir de l'étrange suicide d'un ministre de la République, retrouvé noyé près d'un étang dans la forêt.

En revanche, de nombreux meurtres sont dissimulés en noyades ; pour les faire disparaître, les corps sont jetés à l'eau. Une fois le corps sorti de l'eau, l'on recueille les circonstances, la température de l'eau, l'état des vêtements s'il en existe, l'existence de liens ou d'éléments suspects qui vont orienter rapidement

vers une cause ou une autre. Bien sûr, lorsque les signes ne sont pas aussi évidents, on cherche très attentivement sur le noyé rapidement extrait de l'eau tous les signes de violence, toutes les lésions suspectes.

Sur des corps souvent remaniés, transformés, gonflés, verdis, par le séjour dans l'eau, recouverts de vase, le premier rôle du médecin légiste, lors de la découverte, est de contribuer à l'identification du corps d'un noyé trouvé en eau courante, dans une pièce d'eau ou en mer. En recueillant le poids, la taille, les signes ethniques, la couleur des cheveux et des yeux - lorsque c'est encore possible -, en notant la présence de cicatrices, de tatouages, et en effectuant le relevé dentaire sommaire, le médecin légiste essaie de redonner un nom à ce mort inconnu.

Pour redonner identité au corps d'un noyé découvert par le légiste, pour réaliser le bilan lésionnel, aujourd'hui, l'examen externe se complète au mieux de l'imagerie radiographique scanner du corps entier, permettant bien sûr la recherche de signes de vraie noyade ou, au contraire, de fractures ou d'un projectile, mais aussi par les possibilités de reconstruction en 3D d'un visage. Les recherches toxicologiques constituent un autre moyen mis à la disposition du médecin légiste et des enquêteurs. Dans tous les cas, sauf lorsque des témoins ou des sauveteurs ont assisté à la noyade, l'autopsie est la technique nécessaire au médecin légiste et à la Justice. Tout corps retrouvé dans l'eau n'est pas obligatoirement un noyé, loin s'en faut !

LES PENDUS, DEBOUT DANS LA MORT

Dans l'imaginaire, comme dans la réalité, l'image du suicide est souvent celle du pendu, qui donne une image désespérée, même après sa mort. Pas violente, comme celle que donnent ceux qui choisissent de se supprimer avec une arme à feu ou en se jetant sous un train, mais d'une profonde tristesse, malgré tout. Depuis vingt ans, j'ai tellement vu et décroché de pendus que je pourrais être blasé si j'étais devenu insensible à l'autre et à ses souffrances. En fait, plus les années passent, plus je garde en mémoire les

visions de ces corps debout. Debout dans la mort, attachés si fort à ce lien, eux qui n'avaient pas pu ou pas su s'attacher à la vie. La tristesse est sans doute liée à cette expression de souffrance que présentent les pendus. En effet, dans de rares cas, la pendaison provoque la rupture des vertèbres cervicales et la mort immédiate (la pendaison des condamnés à mort anglo-saxons, celle infligée aux chefs nazis après le procès de Nuremberg, celle de Saddam Hussein plus récemment). Presque toujours, l'obstruction laryngée occasionnée par le lien de pendaison agit comme un obstacle externe au passage de l'air. Au mieux, il peut se produire une mort réflexe par compression laryngée ; dans la presque totalité des cas, le décès par pendaison est occasionné par une asphyxie dite mécanique, car elle a pour mécanisme l'action extérieure du lien qui bloque la liberté des voies aériennes, donc le passage de l'air de l'extérieur vers

les zones d'échanges respiratoires des poumons. Avant la mort, dans la pendaison asphyxique, se succèdent trois phases.

D'abord, arrivent des troubles sous forme de vertiges, avec une congestion, puis une accélération de la fréquence respiratoire et du rythme du cœur, et des sueurs profuses. C'est pendant cette phase, très angoissante, que le pendu essaie parfois de se décrocher ou de desserrer le lien qu'il porte autour du cou. On le retrouve ainsi parfois, quelques doigts glissés sous la corde ou le lien, tentant de desserrer un moment l'entrave. Trop rares sont ceux qui y parviennent pour que ne suivent pas les signes de l'anoxie, du manque d'oxygène, avec la cyanose qui bleuit les extrémités, la face et les mains surtout, alors qu'apparaissent les pétéchies, ces éclatements en tête

d'épingle des vaisseaux les plus fragiles, victimes de la pression sanguine qui augmente dans les capillaires, particulièrement ceux des conjonctives, de la peau du visage ou des muqueuses.

Puis, surviennent le ralentissement du cœur, la perte de conscience et les convulsions qui agitent le corps, qui se heurte souvent sur les rebords proches et relâche les sphincters, laissant s'écouler ce sperme dont la chute au pied des pendus des gibets, dans les croyances médiévales, faisait pousser la magique mandragore ! C'est cet effet que cherchent les furieux adeptes des pendants auto-érotiques qui, bien souvent, se transforment accidentellement en banales pendants quand le mécanisme salvateur ne fonctionne plus ou que le petit banc servant à reprendre quelques centimètres pour soulager

d'autant la tension du lien, et donc à respirer, bascule du mauvais côté, les privant alors des quelques centimètres salvateurs !

Enfin, c'est l'agonie avec les gasps, ces mouvements respiratoires désespérés, puis l'arrêt respiratoire et, au final, l'arrêt cardiaque qui signe la mort après un délai de quelques minutes. C'est ce long délai qui explique que bon nombre de pendus peuvent être pris en charge par les secours, mais souvent au prix de lourdes séquelles. Le cerveau, bien moins résistant que le cœur, ne supporte pas longtemps le manque d'oxygène sans en présenter les dégâts.

LA PENDAISON HOMICIDE

Lorsque le médecin légiste intervient sur la scène du décès, sa priorité est de bien vérifier que la pendaison d'un cadavre ne maquille pas un crime, surtout celui d'une personne affaiblie ou âgée, ou encore celui d'un enfant. Certes, la pendaison homicide est rarissime et se rencontre plutôt dans les suicides altruistes où le dépressif pend ses enfants avant de se donner la mort. Malheureusement, j'ai eu récemment affaire à ce cas de figure. En revanche, la pendaison n'est jamais banale, car les liens employés peuvent être très divers : corde, ficelle, ceinture, câble, drap, etc., et les situations improbables du corps, parfois pendu sans toucher le sol, parfois corps au sol avec juste le tronc tendu relié par un lien à un radiateur ou à une poignée de meuble. Cela démontre tout l'intérêt de l'examen médico-légal sur les lieux, avec l'aide des techniciens

de scènes de crime ou des enquêteurs, qui vont examiner liens et types de nœuds, attaches et faisabilité par la personne seule. L'examen commence par les renseignements et les circonstances de l'acte, la recherche de la présence d'un tabouret, d'une chaise ou d'un rebord à proximité du corps...

La position du défunt est examinée et photographiée, si le corps n'a pas été dépendu, souvent dans un geste réflexe, par les proches tant l'image est violente. Pieds en contact ou non avec le sol ou des objets voisins, inclinaison de la tête, position des membres sont autant de points essentiels. Les lividités, plaques correspondant à la position de dépôt du sang sous la peau, informent sur le fait que le corps a été ou non déplacé. Sur un pendu debout (pendaison complète), les lividités vont vers le plus bas, si elles ont eu le

temps de s'installer, et siègent donc aux mains et avant-bras, à partir des coudes, aux pieds et aux jambes en dessous des genoux. Lorsqu'il s'agit d'une pendaison incomplète, le pendu étant parfois à genoux, parfois à moitié suspendu, les lividités correspondent à la position du corps tel qu'il est retrouvé. Il existe des zones de pression aux points de contact du corps avec le sol ou un plan dur. Si le cadavre est dépendu très tôt, les lividités apparaissent en situation compatible avec la nouvelle position qui lui est donnée ; par exemple, un cadavre allongé sur le dos révélera des lividités dorsales. Autant d'éléments qui vont orienter vers une pendaison suicide ou un crime déguisé en pendaison. C'est le sillon de pendaison qui va apporter des éléments essentiels pour différencier une strangulation avec un lien, secondairement dissimulée en pendaison, de la pendaison véritable. Typiquement, le sillon est situé

haut sur le cou, au-dessus du larynx, relativement horizontal à la face antérieure du cou, parallèle aux rebords du maxillaire inférieur, puis oblique sur les faces latérales, remontant vers le nœud jusqu'à un endroit où il disparaît.

S'il ne fait qu'un tour de cou, le sillon de pendaison est incomplet ; il n'est complet que lorsqu'il s'agit d'une strangulation. Il reproduit la largeur du lien utilisé sur la peau : mince et dur lorsque le lien est un cordon ou un fil électrique, il est large et moins net si le lien est en tissu (écharpe, drap, serviette...), et prend un aspect de parchemin au fur et à mesure des heures post-mortem. Des ecchymoses sont possibles aux coudes, à la face antérieure des tibias ou aux talons si le pendu est proche d'un mur ou d'un objet contondant. Ces ecchymoses discrètes surviennent au

moment des convulsions agoniques. À l'inverse, des traces de violence au niveau des zones de défense, des marques de prise, des lésions coexistant avec les marques du lien de pendaison dans la région du cou ou un traumatisme au sommet du crâne, évoquent fortement un meurtre déguisé en suicide. À tout moment, la vigilance du médecin légiste doit rester en éveil. Combien d'histoires avons-nous entendues où le médecin traitant, pensant son patient assez déprimé pour passer à l'acte, oublie de cocher la case « obstacle médico-légal » qui figure en haut du certificat de décès ? Sans ce cochage, tellement nécessaire pourtant, et au demeurant obligatoire lors d'un suicide, on peut cacher parfois involontairement un drame familial ou un meurtre d'une femme très âgée pour un simple héritage !

Conduites sous influence

Les morts violentes sont parfois bien plus banales et tout aussi, sinon plus encore, choquantes. On aurait presque oublié que la route, avec ses milliers de morts annuels, est la première cause de mortalité des jeunes de dix-huit à vingt-quatre ans, et qu'elle est à l'origine d'une centaine de décès par an pour les moins de dix ans, écrasés lorsqu'ils traversent ou renversés lorsqu'ils circulent à vélo. Aujourd'hui, les défaillances des véhicules n'expliquent que très peu d'accidents mortels et, dans plus de neuf cas sur dix, les causes sont humaines. La vitesse excessive, les conduites sous l'influence de l'alcool et des stupéfiants sont des risques majeurs aujourd'hui.

L'intervention médicale se fait souvent dans le cadre

d'une enquête judiciaire puisque, dans ces cas, la mort ne peut pas être considérée comme naturelle et qu'elle peut mettre en cause des responsabilités. Le code de procédure pénale dans son article 319 ne dit-il pas : « *Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause sera puni...* » ? On ne peut pas se contenter des dispositions des articles L. 235-1 et suivants du code de la route, qui obligent à la réalisation des prélèvements sanguins pour la recherche d'alcool et de stupéfiants en cas d'accidents mortels ou corporels, car les blessés de la route, mal comptabilisés, sont légion !

Le médecin légiste va effectuer les prélèvements post-mortem, mais son rôle en accidentologie ne

s'arrête pas là ! Indéniablement, la réquisition judiciaire qui permet de pratiquer la levée de corps sur les lieux apporte par la suite un maximum de renseignements, qu'elle soit suivie d'une autopsie ou d'un examen d'imagerie post-mortem. L'examen externe du corps permet, bien sûr, d'identifier la cause de la mort quand elle est évidente (écrasement, éclatement crânien ou franchissement thoracique). Il permet surtout, lorsque le mécanisme du décès est moins évident, notamment dans un accident mettant en cause plusieurs véhicules, de recueillir des éléments utiles sur la nature des parties vulnérantes, et de comprendre le mécanisme d'un décès complexe, comme celui d'un passager éjecté ou d'un piéton décédé suite à des franchissements multiples de plusieurs véhicules. Le travail du médecin légiste va de pair avec la technique méticuleuse du policier ou du gendarme technicien de scènes de crime, qui va

recueillir les traces de freinage ou de pneus, relever les distances, la nature du revêtement, la visibilité, les données météorologiques et identifier les parties impactées : fragments de pare-brise, traces de pneus ou de pare-chocs. Au moindre doute, il faut recommander une autopsie que le procureur de la République fera pratiquer dans le cadre médico-légal.

JEAN-PIERRE, DRAMATIQUE BANALITÉ

Ce soir de novembre, il fait nuit noire. Jean-Pierre rentre chez lui sur une route qu'il connaît bien car il l'emprunte tous les jours. Il roule vite. Très vite. Trop vite. Il ne peut faire preuve de prudence car il a fêté avec des collègues de son entreprise le

départ de l'un d'entre eux. Il « avale » littéralement la départementale bordée de grands arbres. Son véhicule quitte la route à la lisière de la forêt, changeant de voie involontairement. Pourquoi ? On ne le saura jamais. Inattention ? Téléphone portable saisi imprudemment ? Animal évité de justesse ? Chaussée glissante ? En tout cas, le choc a été d'une telle violence que, malgré le port de la ceinture, l'habitacle se déforme et s'écrase. Le véhicule, projeté sur un arbre, a comprimé le visage du conducteur qui n'est plus qu'une face grimaçante et ridicule, épaisse comme une assiette, sans plus aucune forme humaine. Le reste du corps, grâce aux systèmes de sécurité du véhicule, est resté intact, comme pour souligner encore plus le côté sordide de ce décès. Il faut désincarcérer le malheureux conducteur, tué si près de chez lui. Il faut également entreprendre une identification complète, tant le visage est méconnaissable, et avoir recours aux techniques médico-légales de l'identification pour pouvoir rendre ce corps à ses proches. Un corps qu'ils ne pourront plu.

voir car la vision serait trop traumatisante. Un corps qui est d'abord celui d'un homme attendu par une épouse inquiète de ne pas voir rentrer son mari ; ce mari qui avait simplement indiqué qu'il serait un peu en retard à cause de la petite fête prévue entre amis. Banalité de l'accident, banalité dramatique, banalité de l'imprudence qui alimentent les statistiques : presque autant de morts alcoolisés au volant que de morts sous l'influence des différents stupéfiants dans la terrifiante et incessante addition de noms de cette horrible statistique. La route tue. On le sait. Et pourtant, elle continue de tuer avec une régularité que les médecins légistes ne peuvent que constater.

Aujourd'hui, l'autopsie s'appuie sur les photographies prises sur les lieux et sur les corps des accidentés, décédés ou non. Elle s'appuie également sur l'imagerie post-mortem tridimensionnelle au moyen

du scanner, pour évaluer les forces et les trajectoires lésionnelles et rechercher les lésions profondes que l'autopsie confirmera avec d'autant plus de fiabilité qu'elle est guidée par cette imagerie. L'autopsie permet non seulement de connaître les causes de la mort accidentelle, mais aussi de retrouver les groupes lésionnels évocateurs d'un type de configuration de choc : choc arrière (cou, cerveau, rachis cervical), choc latéral (rate, foie, côtes, bassin), choc frontal (thorax, aorte, face, crâne, membres), choc avec un enfant dans un siège (cou, rachis cervical, abdomen), piéton renversé (membres inférieurs, bassin, crâne, thorax, rachis).

Au cours de l'autopsie, l'on recherche des signes internes de port de ceinture : lésions du sternum, des muscles, du rachis lombaire, des ailes iliaques et des

viscères abdominaux, mais aussi de pathologie préexistante pouvant expliquer une conduite inadaptée (antécédents cardio-vasculaires ou neurologiques). Cependant, l'autopsie perd beaucoup de sa valeur lorsque le médecin légiste n'a pas pu voir les véhicules et les lieux, agissant comme un des membres de l'équipe des enquêteurs de terrain, car c'est bien d'une équipe dont il s'agit.

Je ne voudrais pas clore ce passage consacré aux morts banalement violentes sans évoquer celle sur les lieux du travail. Si la justice est le plus souvent saisie de l'affaire en cas de mort immédiate - car l'enquête est nécessaire pour déterminer les responsabilités et l'existence éventuelle d'une faute de l'employeur - la bonne pratique médico-légale, celle que j'espère réaliser, doit au moins associer un examen externe du

corps, une étude des lieux de l'accident et, le plus souvent, une autopsie. L'autopsie devient très instructive si elle est confrontée aux observations initialement faites sur le terrain. Il ne s'agit pas, pour le médecin, de se substituer aux experts techniques, mais d'identifier avec eux les causes précises des lésions et leur mécanisme.

Cette pratique s'impose d'autant plus qu'il faut éviter les expertises tardives, traumatisantes et inefficaces, qui nécessitent l'exhumation, et quand la cause accidentelle n'est pas évidente, notamment dans les morts subites, expliquer au magistrat l'intérêt de faire réaliser une autopsie médico-légale précoce ou, à défaut, effectuer un bilan, un examen externe post-mortem et réaliser cette imagerie post-mortem dont je crois qu'elle sera un des principaux instruments de

travail du médecin légiste au xxi^e siècle. De toute façon, il faut scrupuleusement décrire et photographier les lésions, leurs localisations, leurs formes et leurs mesures qui sont spécifiques de l'agent causal, de sa partie vulnérante, qui ne pourra être identifiée que sur l'endroit même où s'est produit l'accident.

NÉCESSAIRE DÉSAMORÇAGE

Comment comprendre l'accident par électrocution, la blessure mortelle par un arc électrique, le travailleur de chantier renversé, la chute mortelle ? C'est sur les lieux de l'accident mortel qu'il faut appréhender et

photographier avec précision les lieux, les machines, l'environnement (bruit, éclairage, encombrement, circulation, installations de sécurité). Au moindre doute, c'est seulement sur place que l'on peut pratiquer ou faire pratiquer des prélèvements dans l'atmosphère, le local, la machine, les produits utilisés sur les lieux. Mais c'est aussi sur place, y compris et peut-être plus encore, lorsqu'il s'agit d'un suicide sur les lieux du travail, que le médecin légiste peut reprendre toute sa place de médecin en allant vers les témoins et collègues de travail qui, secondairement, éventuellement, pourront bénéficier d'un soutien psychologique. En allant vers eux, le nécessaire désamorçage pourra s'accomplir ; désamorçage que les enquêteurs ne sont pas à même de réaliser, alors qu'ils sont si utiles, par ailleurs, sur le terrain. Oui, la pratique médico-légale actuelle est bien une pratique d'équipe. Ceux qui ne l'ont pas compris sont déjà

dépassés avant que d'être tout simplement des
médecins légistes du passé !

LES SCÈNES DE CRIME

— *Allô, c'est le médecin légiste ? Ah, bonsoir docteur. C'est le lieutenant... On a besoin de vous. On vient de retrouver une femme morte sur la commune de... On pense que c'est criminel. C'est au... de la rue...*

Tout commence par un coup de fil sur le mobile de la

permanence médico-légale. À l'autre bout de la ligne, sur ce téléphone qui n'y est pourtant pas relié, une voix communique quelques renseignements. L'Identité judiciaire se déplace. Le substitut est prévenu. Il arrive sur les lieux.

— *Vous serez là dans combien de temps ?*

Avec plus ou moins de précision, on donne l'heure à laquelle on pense pouvoir se rendre sur le lieu du décès éminemment suspect. En tout cas, dès que le téléphone de la permanence sonne, c'est le top départ. Il faut vérifier que l'on a bien pensé aux stylos en quantité suffisante, que l'appareil photo est chargé et que la mémoire de la carte photo n'est pas pleine.

Enfiler une tenue adéquate, car on peut rester dehors fort longtemps et fort tardivement. Une fois près de la voiture, une brève inspection de la lourde sacoche s'impose. Des tubes pour les prélèvements en nombre suffisant ? Assez de sachets ? d'aiguilles ? de seringues ? de vêtements protecteurs ? de gants ? de sur-chaussures ? Schémas et feuilles de notes ? Ils sont là. Pas question, en effet, d'oublier le moindre outil car une fois sur la scène du crime ou du décès suspect, il faudra être opérationnel. Un examen de corps complet nécessite un minimum de matériel. Des éléments de protection : gants, masque, tablier jetable... Des éléments de notation pratiques « tout terrain » : feuilles duplicantes, schémas de corps entier, des moyens photographiques, bien sûr. Des instruments de mesure : mètre ruban, thermomètre de laboratoire, bien plus étendu en degrés qu'un thermomètre médical. À cela, il convient d'ajouter

tout un matériel de prélèvements adapté au post-mortem ; nos aiguilles, par exemple, sont des aiguilles à ponction lombaire ou à cathétérisme. Il faut également des tubes stériles de toutes sortes, héparinés pour les prélèvements sanguins, secs pour l'urine ou l'humeur vitrée et de quoi les contenir (sacs plastique, pochettes en papier pour les prélèvements à visée génétique, pots plastique stériles pour les débris organiques...). J'en passe ! Muni de cette quincaillerie complète, le légiste peut monter à bord de son véhicule. Il ne reste plus qu'à programmer le GPS. Un vrai « serial profiler », celui-là ! À croire qu'il connaît toutes les scènes de crime ! Encore faut-il être précis. Rue Leclerc ? Rue du général Leclerc ? Rue du maréchal Leclerc ? Avenue, peut-être ? Ça y est, c'était un boulevard ! Paré. Moteur !

PRÉSERVER LES TRACES ET LES INDICES

Après un temps de trajet que l'on essaie de rendre le plus court possible, sans se prendre pour un véhicule du SAMU, on arrive sur les lieux. Selon le délai et l'endroit, quelques policiers ou gendarmes écartent les curieux ; sur le site sont encore souvent présents les pompiers et une équipe médicale du SMUR. De plus en plus, de mieux en mieux, le fameux ruban jaune clôt la scène du crime ou du décès suspect, ou bien, si le corps est à l'intérieur d'un véhicule, d'un appartement, les portes de l'un et de l'autre restent closes. On sait depuis longtemps que la protection des lieux sur lesquels les forces de police ou de gendarmerie interviennent est une impérieuse

nécessité, particulière-ment dans les cas où un décès suspect est constaté. C'est le thème d'un enseignement que je dispense depuis presque dix ans maintenant aux policiers municipaux en formation au Centre national de formation de la fonction publique territoriale à Pantin. Il faut préserver les traces et les indices ! Souvent, l'on ne sait pas si le décès est dû à un crime, à un suicide, à un accident ou à une mort naturelle. Ces derniers mois, des morts de conducteurs et de passagers de véhicules heurtés par des trains sur des passages à niveau ont été causées par l'imprudence du conducteur, un malaise au volant, une alcoolisation aiguë et même un suicide programmé.

Lorsque le corps découvert est putréfié, retrouvé grâce au flair du chien du chasseur ou à la curiosité

du joggeur qui s'aventure dans des sous-bois, la question se pose : quelle est la cause de la mort ? Elle se pose de la même manière lorsque le feu a détruit un appartement ou une maison. Bien malin et surtout bien imprudent est celui qui tirerait des conclusions hâtives ! La manifestation de la vérité judiciaire ne s'impose jamais d'emblée et toutes les investigations humaines, scientifiques, techniques et médicales seront nécessaires pour aboutir à une conclusion sérieuse. Pour ce faire, quelles que soient la configuration des lieux et les difficultés contextuelles, la première rigueur à laquelle les enquêteurs sont tenus concerne ce que nous appelons dans notre jargon le « gel » des lieux, autrement dit les photographies. De la qualité de ce réflexe dépend la qualité des premiers éléments de l'enquête, si précieux pour donner ensuite la direction que prendront les investigations à venir, si importants

pour permettre d'élucider l'affaire dans l'avenir. Si les éléments ne sont pas préservés, c'est mission impossible !

Sur place, la patience est de rigueur. Pas question, pour le médecin légiste, de se précipiter sur le corps. Il faut avant tout observer ce qui se passe. Et surtout ne pas contaminer la scène du crime ou du décès suspect. Dans un premier temps, il s'agit de se vêtir pour aller sur la scène de crime et de procéder dans l'ordre. D'abord, prendre des photos de la scène, compléter par une vidéo si besoin est, et cela sans entrer dans la zone sensible de la scène du décès proprement dite. Le zoom optique fait fort bien l'affaire, sans laisser de trace de pas ni bousculer quelque fragment important. Le légiste se doit d'être un bon photographe. Bien sûr, ceux de l'identité

judiciaire n'ont rien à lui envier mais leur objectif est un peu différent ; ils doivent tout relever, tout garder. Sans discrimination. Les photos du médecin légiste, avant qu'il n'entre sur la scène du décès suspect, retracent l'atmosphère, les signes périphériques à la scène du décès, figent des éléments qui serviront à sa synthèse ou à sa réflexion au moment où il rédigera le rapport médico-légal. Autour de lui, les enquêteurs s'affairent à récolter tous les renseignements utiles : l'heure et l'origine de l'alerte, l'heure d'arrivée sur les lieux, la liste des personnes présentes à la venue des enquêteurs, l'identité des victimes, des témoins et des personnels de secours dans les tout premiers instants de la découverte du corps. Le médecin légiste, tout comme les premiers enquêteurs, doivent attendre le personnel spécialisé pour commencer les constatations. Sur les lieux, ou plus exactement juste à côté pour ne pas polluer la scène de la mort suspecte,

le procureur de la République, ou l'un de ses substituts, procède à la saisine des services, selon les premiers éléments recueillis et assure la direction de l'enquête. L'officier de police judiciaire responsable va informer le parquet ; il assure la conservation et le recueil des traces et indices, fait procéder aux prélèvements, aux actes de police technique et scientifique. Plus tard dans la journée ou le lendemain, il réalisera ou planifiera perquisitions, saisies, auditions et actes d'enquête. Pour l'instant, il reste un observateur un peu distant avant que la scène de crime ne soit exploitée par le tandem d'experts que constitue le binôme technicien de scène de crime et médecin légiste. C'est ce binôme qui procède à toutes les constatations et aux examens techniques, médicaux ou scientifiques nécessaires sur place. La découverte d'un indice sur une scène de crime peut constituer, selon sa nature, un moyen de

preuve d'autant plus discriminant qu'il présente des caractéristiques spécifiques ou originales. En effet, il peut fournir des informations sur les circonstances dans lesquelles l'acte criminel s'est produit et sur le rôle des différents acteurs impliqués. Un fragment cutané, par exemple, par l'analyse comparative génétique de cet indice peut démontrer la présence d'un suspect sur la scène du crime. Cette preuve, cumulée avec d'autres rassemblées au cours de l'instruction, permet d'incriminer définitivement le suspect. Ainsi, tout indice correctement exploité peut constituer une source d'information riche d'enseignements pour faire aboutir une enquête policière. Pour la mener à bien, sur le lieu de découverte du crime ou du décès suspect, une collaboration étroite entre techniciens de scènes de crime, médecin légiste, enquêteurs et magistrats est indispensable. Sur place, le légiste, qui n'a pas de

compétence juridique d'enquêteur, sera aidé de la police scientifique. Il est assurément plus productif de travailler ensemble car chacun des acteurs a une perception différente en fonction de sa formation ; leurs informations sont complémentaires.

AZIZ, BAGARRE SOUS L'INFLUENCE DE L'ALCOOL

Il est très tôt ce matin quand un homme, visiblement en état d'ébriété, téléphone au poste de police. Discours pâteux. Élocution saccadée. Propos entrecoupés de sanglots. Il est un peu plus de trois heures du matin quand il indique au policier de service qui prend son appel au standard qu'il a tué une

personne. « J'ai étranglé mon ami, il ne bouge plus, c'est dans un wagon à la gare. » Très vite, une patrouille de nuit déjà sur le terrain se dirige vers la gare et ses quais déserts. Il n'y a pas de trafic à cette heure-là mais, sur une voie de garage, quelques trains en instance. Les policiers se dirigent donc vers ces wagons dont l'accès est possible pour quelques SDF qui y ont élu domicile pour dormir un peu. Ils connaissent bien cet endroit ; ils s'y rendent souvent pour éviter que les tagguez ne dégradent les voitures. Tout en s'approchant, les policiers voient un homme leur faire des signes. Pendant leur rencontre, ils s'étonneront de le voir tantôt prostré, tantôt agité.

« C'est là, c'est là », leur dit-il en leur montrant l'endroit. Ils l'interpellent et le conduisent vers la gare où il va être pris en charge par un autre véhicule de police appelé en renfort pendant que l'un des leurs pénètre dans ce wagon et découvre la scène du crime. La lumière des torches dévoile une scène de

bagarre, de désordre, avec de multiples taches de sang sur les parois du wagon, des mégots, des bouteilles de vin de piètre qualité, et puis, des traînées de sang. Les policiers suivent ces traces jusqu'à ce qu'ils remontent à une flaque dans laquelle un corps gît, à moitié déshabillé, couvert de lésions sur la face et le cou. Une heure plus tard, tout le monde est sur le pont : le médecin légiste, le substitut, les techniciens de scènes de crime. Les appareils photo se déclenchent, photographiant les lieux et le décor de la scène de violence et de la scène de crime, les moindres détails, les taches sur les murs, le sol, les banquettes des wagons. Une fois les clichés en boîte et les indices relevés, le médecin légiste peut alors investir cette scène de crime et directement procéder à l'examen du corps, expliquer les modalités du décès et donner aux enquêteurs les premières réponses aux questions qu'ils se posent. À quelle heure est-il mort ? Dans quelles conditions ? Avait-il bu ? Quelle lésion l'a tué ? La tâche n'est pas simple : le corps est recouvert de lésions, d'ecchymoses sur la face, de contusions sur

l'avant-bras qui indiquent une défense et une protection des coups, mais ce sont surtout les marques striées latéralement sur le cou qui attirent l'attention du médecin légiste. En effet, il y a là, pour lui, des traces de lien, un lien qui a laissé quelques fragments de fibres qui seront récupérés par les techniciens de scènes de crime et qui vont expliquer le mécanisme du décès. Il y a eu bagarre, c'est certain. Et, dans cette rixe, des coups ont été portés de part et d'autre. Aziz n'a pas eu le dessus, sans doute parce qu'il était sous l'influence massive de l'alcool et, par conséquent, dans l'incapacité de se défendre correctement. C'est ce point-là qui sera vérifié par les prélèvements que va effectuer le médecin légiste sur place et qui vont permettre les premières orientations, apporter les premiers éléments de réponse. Parmi eux, des éléments de datation du décès : prise de la température, examen du corps, qui fournissent une précision la plus importante, alors que le corps est encore en place. Il n'a pas été bougé, et on a là les meilleures chances de communiquer des observations fiables. Enfin, à voir les

lieux, à comprendre les lésions, l'on imagine le déroulement de la scène : la bagarre tout d'abord, puis la chute, puis un moment d'inconscience ou de ralentissement qui permet à celui qui va être meurtrier - sans doute malgré lui puisqu'il passe lui-même un coup de fil au commissariat pour se dénoncer - de pouvoir appuyer, serrer une partie de vêtement, serrer ce lien jusqu'à ce que l'autre passe peu à peu de vie à trépas.

C'est la vision du médecin légiste sur place qui permet de guider le travail des techniciens de scènes de crime. La complémentarité de ces hommes de terrain devant des scènes de crime est indispensable, comme le rappelle encore tout récemment le document du ministère de la Justice, de la direction des affaires criminelles et des grâces, concernant le traitement judiciaire des décès où ce premier temps, cette scène de crime, cet endroit où l'on doit préserver les traces et indices est d'une importance capitale dans les affaires criminelles. Si

lourde de conséquences pour la victime puisqu'elle a perdu la vie. Si lourde de conséquences pour l'entourage. Si lourde de conséquences pour l'auteur des faits.

Tout se passe sur la scène du crime selon un rituel bien défini. Ce n'est pas les mains dans les poches mais l'œil au viseur de l'appareil photo que le médecin légiste s'approche du corps, derrière le technicien de scène de crime, lorsque celui-ci a tout prélevé sur une sorte de chemin qu'il trace. Ce temps essentiel de ce que la médecine légale appelle la « levée de corps » consiste surtout à ne toucher à rien et à observer, masque sur le nez, pour ne pas polluer, par un éternuement par exemple. Pas question de toucher au corps dont le déplacement pourrait changer la donne avant que ne soient photographiées, mesurées, répertoriées à l'aide de repères

alphabétiques, les traces de toutes sortes. Des traces de sang, par exemple, sont écouvillonnées pour ensuite fournir des éléments génétiques et de comparaison aux fichiers génétiques. C'est le temps d'un relevé précieux d'indices, effectué en collaboration avec l'équipe de police scientifique. Et l'avis du médecin légiste est utile, sur place, devant une projection de sang, une trace de lutte, un médicament ou une substance retrouvée. Ce cheminement se fait pas à pas dans le cas d'un homicide. Arpenter un couloir où les traces de sang sont présentes peut prendre presque une heure, tout constater autour d'un corps peut demander une ou deux autres heures.

Ce n'est qu'après avoir examiné tout ce qui permettra de trouver le coupable, avec les techniciens de scène

de crime présents qui sont les maîtres de cette partie de l'enquête, que le médecin légiste s'intéressera au corps. En termes policier ou médico-légal, la levée de corps est un acte effectué sur réquisition judiciaire qui consiste en un examen de cadavre sur les lieux de la découverte. Le but d'une levée de corps est de recueillir le maximum d'informations sur les faits et de relever tous les indices, pièces à conviction, empreintes... La partie technique policière, qui prime dans ces premiers instants de l'enquête, sur les lieux de la découverte du corps (parfois différents de ceux du décès) comprend l'examen des lieux et des circonstances avec mesures, repérage, photographies, prises d'empreintes, prélèvements divers, etc. C'est seulement après cette première partie essentielle, à laquelle le médecin légiste n'assiste que comme expert témoin, que les actes médico-légaux peuvent se dérouler.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Suite à la découverte d'une mort suspecte, que se passe-t-il ?

Sur la scène de crime, le tandem que forment le médecin légiste et la police technique et scientifique doit collaborer de façon permanente. Ensemble, ils vont procéder à la recherche des traces et indices. La technique de l'un va s'allier aux connaissances de l'autre pour expliquer la présence d'une tache de sang, la nature d'une projection, l'importance d'une trace biologique à tel ou tel endroit ; les indices biologiques et photographiques sont recueillis. Ce premier examen va être le

moment où les enquêteurs vont avoir les premières explications et indications grâce aux indices recueillis sur le terrain. On commencera à avoir des indices sur l'arme du crime, sur le mécanisme de la mort, sur éventuellement l'existence d'un ou de plusieurs auteurs, sur la force employée et sur la position de la victime au moment des faits. Les enquêteurs peuvent alors revenir sur la scène de crime afin de rechercher un indice qui leur permettra peut-être d'étoffer l'investigation. Le second temps va être consacré à l'examen du corps. C'est à ce moment-là que l'heure du décès peut être déterminée.

Nous utilisons tous les moyens techniques pour effectuer les prélèvements post-mortem alors qu'il n'y a plus de circulation sanguine à ce stade. Ces premiers prélèvements vont nous permettre d'expliquer le mécanisme de la mort et, sur le lieu du crime, nous pouvons d'ores et déjà observer et relever tous les indices possibles avant l'autopsie. C'est pour cette raison que nous devons être efficaces. Nous gagnons ainsi un temps considérable pour l'enquête, dès les premiers instants où nous

avons des pistes de travail et des indications de recherches pour faire avancer le processus.

Les secours sont-ils présents ?

Oui, en effet, les secours peuvent être encore présents si la personne a pu les prévenir ou si l'on a cru qu'elle était encore vivante. Le médecin légiste intervient quasiment en même temps que le SMUR. Il faut donc conjuguer le rôle du médecin légiste avec celui des secours. Il faut déjà relever les premières informations médico-légales tout en laissant la réanimation de la personne se faire. C'est un travail d'équipe et de coordination. La vie de la personne est notre priorité mais il faut aussi avancer en matière de médecine légale. Nous devons aller très vite. Si le corps retrouvé est celui d'une personne décédée, il va falloir prendre le relais des secours qui n'ont plus lieu d'être et utiliser tous les moyens techniques à

disposition. C'est à ce moment précis que deux silhouettes en blanc seulement occupent la scène de crime : le technicien de scènes de crime (policier ou gendarme) et le médecin légiste qui vont procéder à un examen plus approfondi de la scène.

Quelles sont les procédures à respecter en matière d'habillement ?

Nous sommes à l'heure de la biologie avec la recherche d'indices qui peuvent être presque moléculaires, il n'est donc plus question d'improvisation. Nous sommes habillés de pied en cape avec une tenue jetable pour effectuer les examens post-mortem. Elle comprend des gants, une charlotte qui couvre les cheveux, une bavette pour éviter d'avoir un masque chirurgical et pour éviter que notre propre ADN ne pollue la scène. Nous opérons donc avec des précautions de laboratoire. De cette manière, un maximum d'éléments et d'indices peuvent

être apportés et préservés. Nous sommes dans une technicité de haut niveau qui ressemble beaucoup à celle avec laquelle les médecins ont été habitués à travailler : blocs opératoires où le respect des conditions d'asepsie est une gymnastique acquise au cours des études et qui va être remise en pratique lors d'examens de scènes de crime.

Pensez-vous que la scène de crime soit préservée grâce aux moyens techniques ?

Je crois que l'amélioration des résultats se fera sans doute plus par l'éducation et par la mise en place de procédures adéquates sur la scène de crime, que par les moyens technologiques en eux-mêmes. Si, entre 1985 et les années 2000, le bond technologique a touché la biologie cellulaire et moléculaire, mais aussi toute la toxicologie, nous devons aujourd'hui prendre de bonnes habitudes concernant le respect

des traces et indices. Si nous pouvons désormais faire parler un cheveu ou des fragments d'os, et réaliser un travail de laboratoire important, il faut qu'en parallèle du développement technique, une discipline et une méthodologie de la scène de crime soient absolument parfaites pour répondre aux exigences des laboratoires. C'est grâce à la collaboration entre le médecin légiste et les techniciens que l'on avancera. Nous constatons, en effet, que certaines erreurs peuvent être encore commises sur le terrain : un pas, une empreinte ou un cheveu qui peuvent être laissés par les enquêteurs ou le médecin légiste sur la scène. Ces erreurs sont peut-être dues à la rapidité avec laquelle il faut travailler mais aussi à un manque de méthodologie. L'habitude du travail en commun permet donc de limiter ces erreurs. Si la méthodologie n'est pas respectée, l'exploration de la scène de crime sera alors plus difficile, plus complexe, plus longue. Et donc plus coûteuse.

Une fois que le médecin légiste est appelé sur des scènes de crime, quel est son rôle dans le respect des traces et indices ?

L'observation du médecin légiste se fait à distance avec toutes les ressources de photographie et de zoom afin de ne pas polluer la scène de crime. Dans un deuxième temps, le médecin légiste guide, examine le corps, donne des éléments au technicien concernant le type d'arme utilisé ou les lésions. La déperdition d'informations sur un corps transporté est fondamentale. La collaboration entre les forces de police et de gendarmerie et le médecin légiste se fait donc pas à pas. Les enquêteurs prennent des clichés assez généraux. Le médecin légiste, lui, cible. Tous les éléments recueillis sur le corps permettent de revenir sur le possible itinéraire des violences grâce au récit final que fait le médecin légiste. C'est un travail de longue haleine, minutieux.

Avez-vous l'impression de participer à la résolution d'enquêtes judiciaires ?

Je ne résous pas, bien sûr, à moi seul les enquêtes mais mon rôle de technicien, d'auxiliaire de justice consiste à fournir un apport d'une qualité nécessaire pour les dossiers dont s'occupent les magistrats. À partir du moment où, du côté judiciaire, la recherche des traces et indices, et les éléments d'enquêtes et scientifiques sont à prendre en considération, l'exigence est donc l'objectif de tous. Avec le temps, les scènes de crimes paraissent de plus en plus instrumentalisées et quadrillées d'une part, par les professionnels et, d'autre part, par les techniques de pointe. Par conséquent, la démarche technique et scientifique est de plus en plus minutieuse et les objectifs à relever pour les policiers, gendarmes et médecins légistes revus à la hausse. Il semble donc normal que chacun augmente son niveau de qualité pour rester un intervenant indispensable et efficace dans les enquêtes.

LE CHEMIN QUI MÈNE À L'ASSASSIN

La partie médico-légale de la levée de corps consiste, pour le praticien requis selon le fameux article 74 du code de procédure pénale, à renseigner l'officier de police judiciaire et le magistrat sur l'identité de la victime, la date et les circonstances du décès, la forme médico-légale de la mort. « *En cas de découverte d'un cadavre, qu'il s'agisse ou non d'une mort violente, mais si la cause en est inconnue ou suspecte, l'officier de police judiciaire qui en est avisé informe immédiatement le procureur de la République, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations. Le procureur de la République se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait*

assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. » Rien qu'à l'énoncé de pratiques qui paraissent simples, les difficultés surgissent. Lorsqu'un cadavre non identifié a été retrouvé, ou plus exactement les restes de ce qui fut un être humain, comme des os et des lambris de chair décomposée, parviendra-t-on jamais à savoir qui fut le défunt ? La première mission médico-légale de cette enquête criminelle consiste à reconnaître ou bien identifier la victime. Les enquêteurs y voient un intérêt particulier car la victime nous indique souvent le chemin qui mène à l'assassin. Les preuves objectives de l'identification d'un être humain ne peuvent nous être fournies que par lui. Au médecin légiste de récolter tout ce qui va pouvoir servir à identifier le corps : couleur des cheveux, taille, tatouages, cicatrices, aspect dentaire, présence d'un corps étranger comme une broche, une plaque, une

prothèse articulaire, un stimulateur, un implant contraceptif ou une chambre implantée. Ainsi, les signes distinctifs physiques d'un mort non identifié peuvent-ils être comparés aux particularités connues du vivant de la personne afin de prouver ou d'exclure la similitude. Dans bon nombre de cas, les signes de reconnaissance, appelés signes d'identification, sont peu présents, non identifiables, comme sur un corps carbonisé, ou trop peu significatifs, comme un banal plombage qui n'a souvent même pas été référencé.

C'est alors qu'intervient la technique des empreintes biologiques qui cherche à comparer un prélèvement et des éléments existants, issus du fichier national des empreintes génétiques pour une personne défavorablement connue ou d'une brosse à dents au domicile d'un(e) disparu(e). Cela est possible, car la

multiplicité des individus et l'unicité de chacun se réfèrent à la loi biologique du code génétique, à l'ADN. Ce même ADN qui avait fait son entrée en 1985, avec autant de fracas dans la pratique médico-légale, lorsque celui d'un certain Pitchfork avait été identifié après une prise de sang comme correspondant exactement à celui que l'on avait retrouvé dans les traces de sperme. C'est ainsi que la découverte de l'empreinte génétique attribuée au professeur Alex Jeffreys, devenu depuis Sir Jeffreys, avait révélé la vérité médico-légale. Elle avait d'une part, prouvé l'innocence d'un garçon de cuisine et, d'autre part, montré la culpabilité du boulanger Pitchfork, qui fut condamné à perpétuité.

Tout commence beaucoup plus banalement sur le terrain par la réalisation d'un examen médico-légal

complet noté sur un schéma et complété de photographies, notamment de toutes celles servant à l'identification. L'examen du cadavre en situation constitue une première phase capitale lorsqu'il n'a pas été déplacé et a été conservé par les enquêteurs dans l'état exact où il a été découvert, respectant les nécessités de la préservation des traces et indices. Le médecin légiste doit noter tout particulièrement la position du corps et cocher « sur le dos » ou « sur le ventre », « recroquevillé », « en partie verticalisé »... Il est bien la personne capable d'apprécier la nature des circonstances du décès qu'évoque le code de procédure pénale. Il doit signaler la présence près de lui d'objets, d'arme ou de tout indice pouvant renseigner sur les circonstances ou les causes de la mort que les enquêteurs vont saisir après toutes les mesures de prélèvements des techniciens de l'identité judiciaire sur la scène de crime. Tout comme les

techniciens de scènes de crime, le légiste considère comme capital l'aspect des vêtements. Sont-ils intacts, déchirés, porteurs de traces particulières - sang, déjections, urine -, troués par un projectile d'arme à feu, par une arme blanche, brûlés ou absents ?

LA MORT EST CERTAINE MAIS L'HEURE EST

La deuxième question posée au médecin légiste est celle de l'heure de la mort. Dans toutes les séries télévisées, toutes chaînes confondues, le légiste donne l'heure du décès, et souvent à la minute près.

Tant de médecins légistes - les vrais, pas les acteurs - ont essayé des méthodes physiques, chimiques, biologiques, tissulaires mais sans résultat probant ! On ne peut guère indiquer que les éléments de datation de la mort avec, par ordre d'apparition, le refroidissement, les lividités, puis la rigidité et, enfin, la putréfaction. Le corps chaud, souple, sans lividités cadavériques est celui que l'on observe lorsque le décès est datable de moins de six heures. Un peu plus tard, le corps tiédit, la rigidité débute ; les lividités disparaissent à la pression, six à douze heures après la mort. Entre vingt-quatre et quarante-huit heures, le corps devient froid, rigide et les lividités cadavériques sont immuables. Ensuite, la rigidité disparaît, alors que la tache verte abdominale signe le début de la putréfaction. Mais température et humidité modifient tant les données qu'il est bien difficile de se prononcer avec précision quand le délai de

découverte du corps dépasse une semaine, quand il est au chaud sous des couvertures ou dans la froide humidité d'un étang, ou quand la température a varié d'un jour à l'autre.« *La mort est certaine* », dit un proverbe latin, « *mais l'heure est incertaine* ».

La victime d'homicide, ressortie après un mois de séjour enterrée dans le sable, avec un corps intact, ne fait pas mentir cet adage.

La manière dont la vie s'achève est également incertaine. Lorsque la mort est naturelle, la vie se termine lentement. Plus soudainement lorsqu'elle est due à la maladie, l'usure ou la déchéance. Mais il existe des morts non naturelles, celles de l'accident

causé par la foudre, les éléments naturels, l'électricité, la voiture ou l'avion. Il y a aussi celles causées par des meurtres commis avec un couteau ou une machette, un pistolet ou du poison, avec un lacet ou avec les mains. Vient enfin la mort que choisit le désespéré, fuite ultime de l'existence. La société a intérêt à ce que la cause d'une mort non naturelle soit élucidée. Mais qui s'en charge ? Parfois, un suicide ressemble à un meurtre. Parfois, un meurtrier tente de maquiller son crime en accident ou en mort naturelle. Chaque cas non résolu nécessite le recours, dès les premiers temps de la découverte du corps, du médecin légiste chargé de constater le type de mort et la cause. La formulation de la question est toujours identique. Les réponses sont parfois claires d'emblée, mais dans certains cas, elles réservent des surprises... Ces questions complexes reçoivent des réponses de la médecine légale qui est une médecine globale, comme

le rappelle Mariannick Le Gueut, professeur de médecine légale au CHU de Rennes. Je lui dois tout le début de ma carrière et bien des enseignements qui ont porté leurs fruits. Sur la scène d'un crime, le médecin légiste fait appel à ses connaissances en anatomie et physiologie assorties d'un goût prononcé pour l'enquête. Il identifie les phénomènes cadavériques, pratique les premiers examens toxicologiques de dépistage qu'il devra savoir déchiffrer. Une véritable culture générale médicale ! La médecine légale, c'est une tournure d'esprit ! C'est demander à un médecin de répondre à une question non ordinaire en médecine. Un crime ne se résume pas à un coup de couteau. Loin s'en faut.

L'analyse clinique de la forme du décès et des circonstances de la mort constitue le temps fort de

l'examen médico-légal qui varie selon les causes, les diverses étiologies, comme l'on dit dans notre jargon médical.

**ANNABELLE ET THIERRY, QUATRE
COUPS DE FEU ET DEUX VIES PERDUES
ANNABELLE ET THIERRY, QUATRE
COUPS DE FEU ET DEUX VIES PERDUES**

C'est une drôle de scène de crime que celle où se trouvent les corps d'Annabelle et Thierry. La scène se passe en pleine place publique alors qu'il est encore assez tôt et que les piétons se pressent pour rentrer chez eux en ce tout début de soirée. Le scénario est digne d'un mauvais feuilleton.

L'altercation entre deux automobilistes fait se détourner les badauds. C'est d'abord un bruit de course poursuite, puis ce sont des crissements de pneus. Deux véhicules roulent à vive allure jusqu'à ce que l'un d'entre eux oblige l'autre à s'arrêter sur le trottoir, lui bloquant le passage. La femme sort précipitamment de son véhicule, poursuivie par l'autre conducteur. Mais pour elle, ce n'est pas seulement un conducteur irascible, c'est un homme qu'elle connaît, qu'elle a connu. Un homme qu'elle a quitté et qui refuse cette rupture. D'ailleurs, il l'a déjà menacée, déjà harcelée. Pour le connaître, elle le connaît ! Elle sait qu'il est dangereux. C'est pour cela qu'elle court précipitamment - avec difficulté car ses hauts talons ne lui permettent pas une course effrénée. L'homme ne lui laisse aucune chance, il est armé. Les témoins voient à ce moment-là le canon d'une arme qui scintille lorsque l'individu passe sous les réverbères. Puis, ce sont des bruits, des bruits assourdissants : trois détonations, trois éclairs. Quelques secondes après, une autre détonation retentit. Puis,

plus rien. L'homme s'est tué.

Les policiers vont quadriller la scène. Il va falloir éconduire les curieux qui se rassemblent sur les lieux, éloigner les journalistes en mal de gros titres pour la rubrique faits divers. À l'abri des bandes jaunes indiquant « police ne pas traverser », les techniciens de scènes de crime se mettent au travail une fois que les services de secours ont constaté le décès irrémédiable de la victime et celui de l'auteur des faits. La mort de ce dernier était plus évidente vu les dégâts intracrâniens qu'il avait subis. Peu à peu, pas à pas, la scène de crime est explorée. On recherche des douilles, des projectiles. Les photos succèdent aux photos, les mesures aux mesures, tout ce qui peut être utile à l'enquête est prélevé, scellé, répertorié avec une rigueur indispensable dans ce cas d'homicide. C'est alors que le médecin légiste va apporter aussi des éléments et raconter les derniers instants vécus par

ces deux personnes, même si leur histoire est éteinte au point de vue judiciaire puisque l'auteur s'est donné la mort. Pourtant, elle a bel et bien existé. Elle illustre une violence préméditée avec tout d'abord une première plaie par arme à feu à courte distance qui interrompt la course mais permet encore à la victime de faire quelques mètres, de s'éloigner dans un ultime espoir de ne pas être achevée. Puis il y aura une deuxième plaie car l'auteur s'est rapproché. Il vient plus près d'elle. Il la voit. La regarde. Il l'entend geindre. Il tire encore. Enfin, il y aura une troisième plaie. Une ultime balle pour abréger les souffrances d'un être que l'on vient pourtant de tuer. C'est bien là le signe du caractère passionnel du crime avec à la fois cette violence sans proportion, cette violence qui donne la mort, et ce ridicule effort de ne pas faire souffrir. Paradoxe de la passion, paradoxe du crime. C'est l'intolérable de cette violence que révèlent les lésions. L'objectivité froide du légiste contraste avec l'agitation criminelle qui a été si courte. C'est ce même constat tout aussi

objectif et qui peut sembler froid qui va être fait sur l'auteur de cet homicide-suicide. Acte commis avec la même arme. Comme pour sceller avec la victime un lien symbolique dans la mort, l'homme s'est tiré un projectile dans la bouche. Sur cette scène, après tous les prélèvements, après l'examen du médecin légiste, quelle sera la prochaine étape ? Ce sera l'arrivée des housses qui serviront à envelopper les corps avant qu'ils ne soient arrachés à la curiosité des passants restés à contempler cette scène morbide avec un attrait qui étonne souvent le médecin légiste. Comme il se passerait bien volontiers d'être obligé d'assister à pareil spectacle ! Mais il sait que cela lui est impossible. C'est inhérent à la profession qu'il a choisie.

Avec le départ des corps, avec la nuit qui tombe, ce sont deux histoires humaines qui se terminent. Elles se sont achevées sur quatre coups de feu. Quatre orifices d'entrée de projectiles. Quatre petits trous qui, dans le bruit des détonations, ont mis

Enfin, parvenu près du corps, le médecin légiste peut débiter son examen méticuleux, tout aussi précautionneux que les prélèvements des techniciens de scènes de crime. Le déshabillage soigneux, en évitant de couper les vêtements au risque de masquer l'entrée d'une lame ou d'un projectile. Lentement, il examine le cuir chevelu, la face, les oreilles, à la recherche d'une otorragie interne, d'un hématome. Il scrute les orbites, le nez, la bouche, à la recherche de plaies, de mobilité anormale, de fractures... ; le cou à la recherche de cyanose, de traces de sillon, de traces d'ongles ou d'appui, puis le thorax et l'abdomen, les membres supérieurs, y compris les mains et les ongles, ainsi que les faces antérieure et postérieure des avant-bras (zones de défense) à la recherche

d'excoriations, d'ecchymoses, d'éraflures, de plaies, de fractures, de brûlures... La région génitale fait l'objet d'une attention toute particulière pour éliminer tout signe d'agression sexuelle, ainsi que la région anale, une fois le corps retourné. À chaque étape, bien sûr, des photographies pour compléter l'examen médico-légal. La face dorsale du tronc n'est pas moins attentivement examinée. Toute lésion dorsale évoque d'abord un coup reçu dans le dos, donc une intention criminelle ou au moins vulnérante. La face obscure n'intéresse pas moins le médecin légiste, tout au contraire !

C'est le moment où les prélèvements sanguins et urinaires peuvent être faits sur réquisition judiciaire pour recherche toxicologique ultérieure.

UN RAPPORT DESCRIPTIF DÉTAILLÉ REMIS AUX AUTORITÉS REQUÉRANTES

Pendant tout ce temps, l'officier de police judiciaire peut défendre à toute personne de s'éloigner du lieu de l'infraction jusqu'à la clôture de ses opérations. Il peut aussi appeler et entendre tous les individus susceptibles de fournir des renseignements sur les faits. C'est la période où il peut faire procéder au contrôle, par les techniciens de l'Identité judiciaire présents, de toute personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre

l'infraction. Des opérations de prélèvements externes sont nécessaires à la réalisation ultérieure d'examens techniques et scientifiques de comparaison avec les traces et indices prélevés pour les besoins de l'enquête. Sur ces mêmes suspects et sur les lieux se poursuivent les relevés signalétiques et notamment de prises d'empreintes digitales, palmaires ou de photographies nécessaires à l'alimentation et à la consultation des fichiers de police et de gendarmerie.

Une fois l'examen de corps effectué, il est temps pour le médecin légiste de veiller au transport du corps vers le service de médecine légale et de prévoir la date, l'heure et les conditions de l'autopsie médico-légale qui suivra. Le médecin légiste requis doit finir de répondre aux termes précis de sa mission judiciaire et remettre au plus tôt son rapport descriptif détaillé

aux autorités requérantes. Le rapport médico-légal indique ce qui a été observé, noté, mesuré, situé sur un schéma, photographié. Il donne l'état du corps et sa position au moment où le médecin l'a vu, les signes cadavériques relevés, les signes étiologiques observés, les lésions retrouvées. Le rapport médico-légal peut se compléter de tous les éléments d'identification retrouvés sur un corps déjà dégradé. Le rapport se doit de conclure, lorsque cela est possible, soit par la négative : « il ne s'agit pas de mort par projectile d'arme à feu ni de mort par blessure d'arme blanche », soit par l'affirmative : « il s'agit d'une mort asphyxique par pendaison ». Toutes ses conclusions ou exclusions doivent être étayées. Si son compte rendu peut éliminer des causes de mort traumatique, par exemple, le légiste doit absolument réserver ses conclusions si elles ne peuvent pas être formelles (par exemple, « *hypothèse à vérifier par les*

prélèvements toxicologiques effectués ») et ne doit pas affirmer sans savoir ou si le moindre doute existe (l'œdème pulmonaire existe mais est-il lié à une asphyxie mécanique ou par un empoisonnement ?). Le rapport médico-légal relate les circonstances de découverte par le médecin et mentionne l'état des lieux, de propreté, les traces autour du corps, l'odeur, la présence d'insectes, comme il répond clairement aux premières questions des officiers de police judiciaire ou du magistrat concernant le délai de la mort, l'identification du décédé, la nature du décès, criminelle, accidentelle ou suspecte.

Le rapport indique pourquoi une autopsie médico-légale est nécessaire pour le diagnostic médico-légal et les raisons pour lesquelles elle semble justifiée ; le procureur saisi de l'affaire jugera de son opportunité

judiciaire. Celui-ci peut alors requérir une information pour recherche des causes de la mort, selon l'article 74 du code de procédure pénale. Il peut décerner, selon les termes précis du code à son article 70, un mandat « *de recherche contre toute personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre le crime* ». C'est le début de l'instruction judiciaire qui réunira, quelques années plus tard, devant une cour d'assises, le médecin légiste, cité comme expert, et le procureur, devenu avocat général.

L'AUTOPSIE, LA VIRTOPSIS
ET LES ANALYSES
SCIENTIFIQUES
(TOXICOLOGIE,
GÉNÉTIQUE...)

Aujourd'hui comme hier, et certainement demain,
l'autopsie reste la clé de voûte de la médecine légale

thanatologique, même si les vingt dernières années ont vu l'émergence - dans la pratique - de nombreuses méthodes scientifiques pouvant appuyer les conclusions de la seule autopsie médico-légale et donc conforter le médecin légiste dans son avis. Du grec « *autos* » (soi-même) et « *opsomei* » (voir), le terme « autopsie » peut se traduire par « voir par soi-même ».

La Justice demande aux médecins légistes qui effectuent les examens externes de cadavre et les autopsies médico-légales de déterminer les causes et les circonstances de la mort, en allant donc « voir par eux-mêmes ». C'est cet exercice particulier que j'ai appris à faire, d'abord comme interne de spécialité aux côtés du professeur Le Gueut, à Rennes, et du professeur Durigon, à Garches, exercice que j'ai

perfectionné pendant mes années d'assistant hospitalier universitaire, toujours à Garches, dans ce service expert auprès de la cour d'appel de Versailles. Ce que j'avais découvert, hormis les émotions fortes des premières autopsies - je garde encore nettement le souvenir des premières fois où j'ai manipulé le bistouri et le couteau de dissection -, je l'ai vraiment appréhendé, au fil des autopsies et ce, une ou deux fois par jour. *Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage*, dit l'adage.

Drôle de métier et drôle d'ouvrage, pourrait-on rajouter pour ce qui nous concerne.

L'autopsie médico-légale n'est pas une simple

dissection, même si elle en utilise la technique. L'autopsie médico-légale n'est pas une intervention chirurgicale, même si nos actuelles salles d'autopsie, ressemblent au détail près, à des blocs opératoires, jusqu'à l'éclairage par scialytique, avec des médecins légistes en tenues opératoires ; nous sommes bien loin des petits tailleurs coquets et des élégants nœuds papillons arborés par les héros des séries télévisées. Ces salles correspondent aux dispositions de l'arrêté du 7 mai 2001 « *relatif aux prescriptions technique, applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé* ».

L'autopsie médico-légale est également plus qu'une autopsie scientifique qui recherche seulement la cause de la mort d'un patient décédé à l'hôpital. La cause de la mort, c'est le processus pathologique ou

l'action d'un agent extérieur (traumatisme, intoxication...) qui conduit au décès après une succession d'événements plus ou moins brève. Par exemple, la plaie par arme blanche entraîne une plaie du foie puis un saignement interne massif qui va provoquer un malaise par perte de sang puis la mort, le tout se comptant en longues minutes ou quarts d'heure. Autre cas de figure : la plaie par arme à feu au niveau de la tête explose crâne et cerveau et occasionne un décès immédiat. Tout bon urgentiste ou chirurgien peut donner un avis presque aussi fiable que celui du médecin légiste sur la cause de la mort. Historiquement d'ailleurs, c'est Ambroise Paré, chirurgien du roi, qui apporte des éléments à la connaissance médico-légale, et pas l'inverse !

LE MÉDECIN LÉGISTE, AUXILIAIRE DE JUSTICE

Mais la justice pénale a besoin d'en savoir bien plus et celui qui est capable d'éclaircir les circonstances du décès est bel et bien le médecin légiste. En effet, la question qui importe au magistrat pénal, plus encore que la cause de mort, est bien celle des circonstances du décès : mort naturelle ? mort accidentelle ? mort par suicide ? mort par homicide ? Dans ce contexte, le rôle du médecin légiste en tant qu'auxiliaire de justice vise principalement à renseigner les autorités judiciaires, notamment sur le fait de savoir si le décès est lié à un crime ou un délit. Reprenons les deux cas cités précédemment : celui de la plaie du foie par arme blanche et celui de la plaie cérébrale par arme à

feu. Il ne s'agit pas de deux morts naturelles, certes, mais elles peuvent être suicidaires (y compris celle survenue avec la plaie du foie ! N'avez-vous jamais entendu parler du *hara-kiri* japonais, le *seppuku*, pour être exact ?), accidentelles (l'arme à feu nettoyée ou mal manipulée, la chute accidentelle sur une lame), ou bien encore liées à un homicide, avec des probabilités et des fréquences bien différentes. Pour déterminer le type de mort, l'autopsie médico-légale va être l'élément central, très majoritairement, dans de nombreuses enquêtes sur un décès suspect qui suscitent ces questions. Je ne parle pas des investigations pour lesquelles l'identification du corps est une nécessité, tant l'état du corps est dégradé ; j'y reviendrai plus tard. À regarder de façon trop rapide, l'autopsie médico-légale ressemble à celle représentée dans *La leçon d'anatomie* de Rembrandt, ce fameux tableau où il peint la leçon donnée par un chirurgien

et anatomiste célèbre à Amsterdam, en 1632. Bien sûr, les similitudes sont nombreuses mais elles le sont surtout avec l'autopsie effectuée à visée scientifique ou pour connaître la cause du décès, autopsie très cadrée par la loi n° 2004-800 du 6 août 2004, intégrée au code de Santé publique et axée sur les principes de bioéthique pour s'assurer de l'absence de tout refus de la part du défunt de son vivant, comme de la famille et des proches. Le cadre légal de l'autopsie médico-légale s'oppose à celui de l'autopsie à visée scientifique, réalisée à l'hôpital, en ce sens qu'il n'existe aucune objection possible de la part de la famille ou des proches du défunt, quels que soient les motifs invoqués (philosophiques, religieux...) et même si ce dernier avait fait de son vivant connaître sa désapprobation. En France, aujourd'hui, le magistrat reste, en pratique, seul juge de l'opportunité d'examen thanatologiques médico-légaux sur un

cadavre. Rien ne l'oblige à prolonger l'examen médico-légal par une autopsie et à suivre l'avis du médecin légiste, contrairement au droit anglo-saxon qui stipule que le médecin légiste, le « *coroner* », poursuit et dirige les opérations médico-légales et de médecine légale scientifique. En droit français, les circonstances dans lesquelles un examen externe ou une autopsie médico-légale doivent être ordonnés ne figurent précisément dans aucun texte législatif. Pour être plus exact, l'autopsie et la levée de corps sont maintenant cadrées par la recommandation européenne n° R 99-3 du Comité des ministres aux États membres en date du 2 février 1999, qui vise à « *l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale* ». Son application pratique en France date de cette année, sous forme de recommandations émanant de la Direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice, soit neuf ans plus

tard... Je m'attarderai bien sûr le préambule de cette recommandation européenne, véritable pas de géant comparé à ce que j'ai connu, il y a seulement vingt ans : « (...) *au cours de l'autopsie médico-légale, les modalités d'investigation, de description des lésions, de documentation photographique et de prélèvement des échantillons doivent être conformes aux principes fondamentaux de l'art médical et de la science tout en prenant en considération les impératifs des procédures judiciaires en vigueur ; (...) l'internationalisation croissante des procédures judiciaires, exige que soient adoptées des règles uniformes sur la manière dont les autopsies doivent être pratiquées, ainsi que sur la manière d'établir les rapports d'autopsie* ». Je me réjouis aussi qu'elle souligne « *la nécessité d'assurer l'indépendance et l'impartialité du médecin légiste, ainsi que celle de mettre à sa disposition les moyens nécessaires aux plans juridique et technique pour exercer ses fonctions de façon adéquate et promouvoir sa formation* ». J'attends encore

les moyens, mais je suis devenu patient !

SANS POUVOIR DÉCISIONNEL

Ces petites piques mises à part, je ne peux qu'être totalement en accord avec les indications des autopsies que j'ai soutenues dans mes cours et mes interventions, comme sur le terrain, mais toujours - système français oblige - sans pouvoir décisionnel. Selon cette circulaire européenne, les autopsies devraient être réalisées dans tous les cas de morts non naturelles évidentes ou suspectées, en particulier dans les cas d'homicide (ou de suspicion), de mort subite inattendue (notamment, mort subite du nourrisson),

de suicide (ou suspicion), de soupçon de faute médicale, d'accidents de transport, du travail ou domestiques, de catastrophes naturelles ou technologiques, de décès chez une personne privée de liberté et lorsqu'on retrouve un corps non identifié ou des restes squelettiques. À chacun de ces énoncés me reviennent des histoires vécues ou des autopsies réalisées. Le *Guide sur le traitement judiciaire des décès* émanant de la Direction des affaires criminelles et des grâces en 2008, précise et élargit les indications de l'autopsie médico-légale. Tout d'abord, lorsque l'existence d'une infraction volontaire ou involontaire à l'origine du décès est acquise ou possible, le recours à l'autopsie est évident. J'y vois un vrai progrès, même si cela semble évident pour tout un chacun. L'autopsie médico-légale s'impose pour un homicide volontaire, des coups mortels, des privations ayant entraîné la mort, une séquestration suivie de mort, ou

suspicion de ces crimes, mais aussi en cas de responsabilité médicale, d'accidents mortels du travail, de maladie professionnelle ou d'accidents domestiques, d'accidents mortels relevant de scènes de catastrophes (accident d'avion ou de train, accidents industriels...) et d'accidents mortels de la circulation routière dès lors qu'il existe un doute sur leur mécanisme, ce qui n'était que trop peu souvent le cas jusqu'à maintenant, et bien injustement. Sans cette attention, de la levée de corps à l'autopsie et à la virtopsie, examen post-mortem d'imagerie scanner tridimensionnelle, nous n'aurions jamais retrouvé la vraie cause de la mort d'un motard très alcoolisé que l'on imaginait tout simplement décédé après être tombé de sa moto. Sans le recours aux techniques médico-légales que nous avons mises en œuvre, puis aux techniques de police scientifique, le conducteur du deux-roues n'aurait jamais pu dénoncer

l'automobiliste qui l'avait réellement tué en lui roulant dessus ; il avait dérapé sur la route, certes, mais cela ne pouvait occasionner une blessure sérieuse et encore moins la mort ! La technique a évolué au fil du temps avec les apports de l'anatomopathologie, la biologie moléculaire, la toxicologie et la radiologie classique, cherchant la mise en évidence de fractures ou de corps étrangers. Malgré tout, l'autopsie en elle-même présente des limites concernant, par exemple, la mise en évidence d'air intra ou extra-anatomique (pneumothorax, rupture de bulles d'emphysème, pneumomédiastin, pneumopéricarde, embolie gazeuse, pneumopéritoine...), de certaines atteintes traumatiques squelettiques (fracture du rachis cervical haut portant sur les apophyses transverses ou épineuses, des vertèbres), des fractures complexes du massif facial, lésions délabrantes des membres, lésions de la

moelle épinière), mais également lors de plaies par arme à feu, sur des cadavres putréfiés ou carbonisés. Aujourd'hui, avec l'utilisation du scanner multicoupe, on peut réaliser des reconstructions en trois plans de grande qualité, apportant ainsi à l'autopsie médico-légale le complément de l'imagerie 3D. On doit réellement cette technique à l'équipe suisse du Pr Thali à Bâle. Cette avancée spectaculaire dont nous nous réjouissons avant chaque autopsie, lorsque les clichés sont réalisés et lus par l'équipe d'imagerie de mon hôpital, est très loin d'être utilisée régulièrement en médecine légale thanatologique, en dehors de rares centres, dont celui de Compiègne. Cependant, la large diffusion de la tomодensitométrie, autrement dit le scanner, et de l'Imagerie par résonance magnétique (IRM) serait susceptible d'apporter des informations complémentaires à celles recueillies grâce à l'autopsie médico-légale et que, dans certains cas spécifiques,

elle pourrait même s'y substituer. Ces techniques d'imagerie en coupe sont un moyen d'étude fiable, non invasif, avec un contrôle de qualité facile. De plus, elles garantissent un archivage illimité des images avec possibilité de reconstructions bi- et tridimensionnelles, y compris a posteriori, conservant ainsi, d'une certaine façon, le corps tel qu'il était avant l'autopsie. Cela représente un avantage considérable par rapport à l'autopsie traditionnelle qui ne peut être réalisée correctement qu'une seule fois, selon l'adage judiciaire. La dissection virtuelle dans différents plans de coupe est possible, permettant de séparer les tissus de densités différentes. Les images sont aussi un moyen de documentation et d'illustration précieux au cours des procès, sans le caractère choquant des photographies prises lors de l'autopsie que la plupart des jurés préfèrent d'ailleurs ne pas voir. Même si l'imagerie en

coupe ne prétend pas se substituer à l'autopsie, l'examen TDM ou IRM post-mortem est un outil fabuleux. Sa seule limite est que la pratique de l'imagerie thanatologique nécessite un travail multidisciplinaire rassemblant médecins légistes et radiologues, mais c'est aussi un de ses avantages, confrontant, pour enrichir la vérité, le médecin légiste à un médecin d'une autre orientation. Le premier congrès de balistique lésionnelle qui s'est tenu en décembre 2008 à Marseille a bien mis en évidence l'intérêt de cette démarche d'équipe.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Que pensez-vous de la virtopsie ?

C'est à mes yeux la révolution médico-légale du début du XXI^e siècle. Cette imagerie tridimensionnelle représente sans doute un progrès comparable aux empreintes génétiques. Cette technique, qui fonctionne grâce au scanner et à l'imagerie par résonance magnétique, possède de nombreux avantages. Il y a une réelle valeur ajoutée, tout d'abord, au niveau de la balistique ; les trajets des projectiles sont parfaitement visualisés avant même qu'il y ait le moindre geste autopsique, avant que le corps ne soit touché et modifié par les gestes du médecin légiste. Il y a aussi un intérêt fondamental sur la mesure des angles qui sont beaucoup plus précis. Toutes les lésions traumatiques vont apparaître de façon plus claire. Plus d'un millier de coupes horizontales, verticales, et en épaisseur, peuvent être réalisées sur l'image d'un cadavre. De plus, c'est la seule autopsie virtuelle que l'on peut refaire dans des conditions adéquates puisque les images peuvent être retransmises, relues, remaniées et ré-analysées par d'autres

spécialistes de l'imagerie médico-légale, ce qui est absolument irréalisable après une autopsie complète. La virtopsie permet aussi d'éviter une éventuelle exhumation du corps, sauf s'il y a nécessité de faire des prélèvements biologiques. Grâce à la virtopsie, on peut, par exemple, observer un pneumothorax et voir la présence de l'air dans les poumons alors que c'est impossible de l'examiner à l'œil nu. Lors d'une autopsie normale, il est aussi difficile de mettre en évidence les petites fractures du rachis cervical ou encore de décrire le trajet précis des projectiles pour les plaies par arme à feu, ou de travailler sur les corps en décomposition. Cela va faciliter la mise en évidence des preuves. En outre, les images obtenues en trois dimensions pourront être facilement montrées dans les salles d'audience, épargnant ainsi à l'auditoire d'avoir à observer les clichés d'autopsies traditionnelles. L'autopsie virtuelle permettra aussi de créer des archives permanentes et interactives. C'est une véritable ressource.

La virtopsie va-t-elle remplacer l'autopsie ?

La virtopsie, l'autopsie virtuelle, n'est pas une substitution à l'autopsie mais il s'agit pour l'instant de complémentarité. L'imagerie médicale a totalement modifié la prise en charge des vivants. Initialement décriées, les techniques d'identification par l'ADN ont fini par s'imposer. Il est donc logique que la virtopsie puisse faire évoluer la pratique thanatologique. Si les empreintes génétiques semblaient révolutionnaires en 1985, elles se pratiquent quotidiennement vingt ans plus tard. On reparlera donc dans vingt ans de la virtopsie, qui deviendra forcément la technique de référence. On était dans la déduction alors que la virtopsie apporte maintenant la preuve visuelle. À mon avis, il y aura des centres de médecine légale autopsiques qui assureront la virtopsie quotidiennement.

Quel regard portez-vous sur ces avancées technologiques ?

Les tribunaux vont être le théâtre de ce qu'on appelle « le contradictoire ». Des centaines d'arguments qui proviendront de tous les côtés vont se confronter, s'analyser, et s'échanger. Le médecin légiste, lui, va continuer à faire sa synthèse, mais celle-ci reposera sur des analyses de plus en plus fiables et sur des arguments techniques d'imagerie et de biologie de plus en plus pointus. La technologie va nous apporter des éléments de plus en plus formels, de plus en plus exigeants et une synthèse de plus en plus fine. « L'humain » sera donc toujours et encore plus mis en avant, avec un niveau de qualité de plus en plus élevé. Il faudra sans doute évoluer dans notre façon de travailler, de nous former et de nous adapter. L'adaptation sera aussi financière, car, bien entendu, cette envolée technologique a un coût et il faudra sans doute revoir les

LE PÊLE-MÊLE DES MORTS D'ORIGINE INCONNUE

Dans le cas où l'identité de la personne décédée est ignorée, le problème judiciaire est loin d'être simple. Comment faire sans l'autopsie médico-légale pour obtenir des renseignements de valeur pour l'identification de la personne et la compréhension des causes du décès ? Mais là où l'autopsie n'est pas systématiquement demandée, et là où elle peut dévoiler le plus d'éléments inconnus, c'est lorsque la cause du décès est non identifiée ou suspecte, dans

ces cas qu'évoque l'article 74 du code de procédure pénale français. Le pêle-mêle des morts d'origine inconnue comprend les morts subites, surtout celle du nourrisson, criminelles dans plus d'un cas sur cinq selon les statistiques des centres de référence, les corps réduits à l'état de squelettes, putréfiés ou carbonisés, où rien n'exclut une mort criminelle d'emblée, comme lorsque les constatations médicales externes ne permettent pas de connaître la cause du décès.

Il est bien imprudent alors de ne pas s'aider de l'autopsie médico-légale, sous peine de ne pas dévoiler un meurtre. C'est avec suspicion, comme le rappelle *Le Guide sur le traitement judiciaire des décès* du ministère de la Justice, que l'on doit considérer ceux des personnes retenues, détenues ou placées en garde

à vue, tout comme les décès, présentés de prime abord comme des suicides, mais pour lesquels il existe un doute raisonnable, lié aux constatations sur les lieux, à l'impossibilité d'effectuer des rapports sérieux, ou au contexte de l'affaire. L'autopsie apparaît indiquée aux magistrats, tout comme aux médecins légistes, dans tous les cas de suicides par arme à feu, de suicides à l'extérieur, de suicides d'une personnalité en vue ou lorsque circulent des rumeurs sur les causes exactes du décès, de suicides intervenus dans un contexte conflictuel entre la victime et un entourage, comme dans les cas de séparation ou de conflit conjugal et, enfin, les suicides sur les lieux de travail. L'autopsie médico-légale, outil essentiel de la preuve lorsqu'existent un crime ou des violences, peut habilement être utilisée aussi, quand la mort semble suspecte ou d'origine inconnue, comme un moyen visant à démontrer

l'absence d'une infraction comme cause du décès. L'autopsie médico-légale permet d'éviter que des rumeurs ou des doutes ne se fassent jour quelque temps après la mort sur les circonstances du décès et soient à l'origine de plaintes tardives, obligeant à de pénibles et souvent vaines autopsies après exhumation, si le corps n'a pas été tout simplement incinéré, réduisant toute preuve en cendres... Si les indications sont bonnes, ce qui est déjà un progrès immense, je prends comme recommandation plus qu'importante celle qui indique qu'*« il convient toutefois de veiller à faire réaliser l'autopsie dans une structure disposant d'un plateau technique adapté, où des examens radiologiques peuvent être effectués, et d'en confier l'exécution à des praticiens expérimentés. »* Enfin, également, on renonce à raisonner en fonction de la distance du déplacement du corps : *« Si l'affaire le nécessite, la qualité de l'autopsie doit prévaloir sur les résistances*

éventuelles ». Je ne sais pas si la justice pénale retrouvera l'auteur des violences sur ce noyé qui n'en était pas un. Je ne sais pas si elle éclaircira le mystère qui entoure cette jeune mère qui a caché sa grossesse et appelé les secours presque un jour après avoir commencé d'accoucher. Je sais, en revanche, grâce à ce qui a été mis en œuvre, que le noyé a montré des traces de strangulation mais pas de noyade, signant sa mort avant qu'il ne soit jeté à l'eau et que l'enfant, que l'on croyait mort-né, portait sur sa tête les traces de l'écrasement que sa mère lui avait fait subir alors qu'elle le mettait au monde. En argot policier, on dirait qu'on a « sorti des affaires ». Moi, je dirais plutôt que j'ai mis de la lumière là où il le fallait. Admettons que la qualité de l'éclairage va souvent de pair avec celle de l'éclairagiste !

LUC, UNE MORT PEUT EN CACHER UNE AUTRE

Dès le début, le décès de Luc éveille les soupçons ! Ce chef d'entreprise est retrouvé dans son véhicule qu'il a garé dans la cour de son usine, mais un peu à l'écart, là où d'habitude s'arrêtent les camions de livraison. Il est découvert effondré, une arme à côté de lui. La thèse du suicide étonne et interpelle. Que pouvait-il bien faire là à cette heure ? Pourquoi se serait-il suicidé ? Certes, l'entreprise traversait quelques difficultés, mais elle n'était pas en péril. Luc la gère avec une énergie que tous s'accordent à lui reconnaître, celle d'un patron qui s'implique tous les jours et ne ménage pas sa peine.

La mort de Luc va être lourde de conséquences : de nombreux héritiers à contacter et autant d'interrogations sur le devenir de cette industrie encore bien dynamique.

L'arme, une arme de guerre non déclarée, peut avoir été déposée à dessein par un tireur qui aura maquillé son crime en suicide. Pas de motif. Pas de document ni de lettre laissés, ni à son bureau ni chez lui. L'enquête va se poursuivre. Enfin, dernier mystère, si l'orifice d'entrée - particulièrement important - correspond bien à l'arme, s'il existe bien un orifice de sortie dans la trajectoire de l'autre côté de la tête, il n'existe pas de trous dans l'habitacle de sa berline. Où le projectile s'est-il perdu ? Pourquoi n'est-il pas dans la trajectoire ? Aurait-on déplacé le corps de Luc après l'avoir abattu, et l'aurait-on installé ensuite à l'intérieur de l'automobile, presque en exposition, dans ce coin de la cour de l'usine qui, le jour levé, serait devenu fréquenté. Avec la nuit

qui est tombée depuis longtemps, la petite pluie fine, le faible éclairage, l'ambiance est digne de celle d'un film noir. Appelé sur les lieux, le médecin, excellent praticien, émet des doutes ; l'autopsie est décidée. Le corps est donc envoyé vers le centre de médecine légale de Compiègne. Il s'agit d'effectuer un bilan d'imagerie post-mortem par scanner multibarrette, la pointe de l'imagerie moderne. Enveloppé dans une housse, le corps est discrètement acheminé dans le service de radiologie où le radiologue l'attend, conduit par le médecin légiste. Le scanner est effectué ; les lésions sont particulièrement sérieuses, et dès que le corps passe dans le scanner hélicoïdal, les images sur la console, fournissent des premiers éléments d'information. À n'en point douter, le projectile est resté inclus dans la matière cérébrale. Ceci expliquant cela : il n'a pas pu être retrouvé. Une partie du mystère est élucidée, mais une partie seulement. Quel est donc cet orifice de sortie ? À quoi correspond-il ? Immédiatement après que le corps est passé au scanner, les images sont analysées, reconstituées de façon tridimensionnelle.

C'est alors un visage, puis un crâne en trois dimensions qui apparaissent et livrent des informations précises. Vu les lésions à droite du crâne et le fracas osseux, nul doute que la plaie était une plaie à bout touchant. Voilà qui étaye la thèse du suicide. Les lésions du cerveau correspondent parfaitement à cette arme appliquée sur la tête avec toute l'importance des lésions causées par un projectile de guerre, une arme de poing de guerre. La solution de l'orifice de sortie se dessine et devient évidente sous nos yeux. En effet, si les deux orifices sont reliés par un tir de droite à gauche, qui va discrètement de haut en bas et d'avant en arrière, le deuxième orifice n'est pas provoqué par la sortie du projectile qui n'a pas pu franchir de nouveau l'os crânien. Par contre, il a été ouvert par un éclat osseux qui a fendu le cuir chevelu en s'écartant et reste néanmoins derrière ce cuir chevelu dont on connaît la résistance. C'est lui qui a occasionné cette plaie de sortie qui semblait étrange car le projectile n'a pas été retrouvé dehors. Et pour cause ! Il est bien visible et les vues en trois

dimensions localisent précisément sa situation. L'autopsie va alors pouvoir avoir lieu. Les dégâts cérébraux majeurs confirment ce qu'avait déjà décelé l'image de l'autopsie virtuelle, de la virtopsie, mais celle-ci aide surtout à repérer le projectile qui est retrouvé, aplati, en zone temporale gauche sur le trajet du tir, indiquant qu'il a d'abord percé l'os temporal à droite avant d'arriver jusqu'à l'os temporal gauche sans pouvoir le franchir du fait de sa déformation. À la fin de l'autopsie, le voile est levé. Les éléments éliminent l'homicide, ce que confirmeront les tests atomiques pour la recherche de la poudre et les analyses des empreintes digitales relevées sur l'arme. Les enquêteurs prennent le relais.

L'on apprendra qu'une grande anxiété avait gagné Luc depuis qu'un bilan biologique récent très alarmant avait révélé des risques majeurs pour sa santé, à tel point qu'il devait cesser son activité. Délaisser l'entreprise à laquelle il se

consacrait corps et âme, ça, il ne pouvait pas le supporter. Son état cardiaque était tellement précaire que, s'il avait continué à ce rythme, il serait sans doute mort, à son travail, peu de temps après, tant étaient graves les lésions que l'autopsie et la virtopsie avaient mises en évidence.

L'autopsie n'est pas vraiment achevée et le médecin légiste pas sorti de la salle, avant que tous les prélèvements effectués en cours d'autopsie ne soient correctement placés dans des contenants hermétiquement clos et individualisés afin d'en garantir la traçabilité, l'inviolabilité et la conservation, avant de les conserver dans des conditions adéquates jusqu'à ce qu'ils soient adressés à des laboratoires de référence ou à un anatomo-pathologiste pour les exploiter. Tout cela demande une infrastructure non négligeable, pour classer et

stocker les prélèvements conditionnés dans le formol, ou maintenir en congélation, à - 20 °C, voire à - 80 °C les prélèvements des liquides de l'organisme et des fragments destinés à la toxicologie ou à la biologie génétique. Pour la plupart, ils resteront bien à l'abri, en dehors des affaires criminelles, en attendant qu'un jugement ou une décision de classement sans suite, dans les affaires non criminelles et non suspectes, permettent de les détruire avec l'avis du magistrat. Pour d'autres, j'en connaîtrai les résultats deux ou trois ans plus tard lorsque, commis comme expert, j'entendrai le président de la cour les communiquer devant les jurés, ou l'expert toxicologue ou biologiste exposer ses conclusions devant l'accusé et le jury populaire de la cour d'assises. En attendant, les congélateurs s'alignent le long des murs de la pièce des scellés du service, conçue à cet effet, témoins de tous les cas rencontrés, mois après mois, année après

année. Il faut dire que le médecin légiste est très conservateur !

L'IDENTIFICATION, UN VRAI PLUS

Il n'est pas rare que dans les cases frigorifiques les enquêteurs et le magistrat nous confient un corps, à l'issue de l'autopsie, pour effectuer de nouveaux examens ou, bien plus souvent, parce qu'il n'est pas identifié. L'identification justement, parlons-en ! En avant-propos, je disais que le médecin légiste, lors de l'autopsie, fait comme ferait un anatomiste pour une dissection. L'identification est un de nos plus. Et quel plus ! Car notre inconnu peut avoir bien des

visages... lorsqu'il lui en reste un. Qui est celui qui se cache derrière ces restes squelettiques ? Qui est la femme dont le corps putréfié est retrouvé dans des sacs en plastique ficelés ? Qui est derrière cet amas carbonisé ? Qui a été retiré de l'amoncellement de tôle de la voiture violemment accidentée ? En tout cas, pas son propriétaire qui s'est fait voler le véhicule ! Quel nom donner aux restes épars d'un étranger qui, pour échapper à une patrouille, a traversé les voies d'un TGV roulant à toute allure ! Celui que donne son compagnon d'infortune qui vient d'être interpellé ? En est-on bien sûr ? La découverte d'ossements humains est généralement liée au hasard, sauf quand le tueur en série conduit les policiers sur ses traces. Des travaux de terrassement ou de voirie, un chasseur, un promeneur ou un SDF découvrant un corps à l'air libre dans des zones peu fréquentées (terrains vagues, forêts...) où le cadavre a pu se

décomposer pendant des semaines, des mois ou des années, sans attirer l'attention. Pour avoir la chance de réaliser l'identification, il convient d'observer la plus grande prudence sur le lieu de la découverte, pour pouvoir récolter un bijou, un reste de vêtement ou d'objet, en creusant soigneusement autour des restes et en profondeur, ce qui permettra également de collecter les insectes et les larves, marqueurs indispensables pour dater la mort, grâce aux techniques de l'entomologie médico-légale. Une fois les ossements remis au service de médecine légale, le premier geste consiste à rechercher tout reste de cartilage, de tissu, qui peut subsister sur les restes osseux. C'est seulement après cette collecte qui facilitera une recherche génétique ultérieure, qu'un lavage des ossements est possible, puis après un examen détaillé de chaque élément (aspect général, mesures, critères d'ancienneté, particularités

anatomiques, éléments lésionnels éventuels...), avant un groupage en position anatomique sur la table d'autopsie et la prise de photographies. On a beaucoup appris des archéologues et des anthropologues et je fais encore appel, lorsque le besoin s'en fait sentir, à un groupe d'anthropologues historiens qui travaillent sur une nécropole gauloise entre Compiègne et Amiens. Après s'être assuré qu'il s'agissait bien d'ossements humains, en comparant les os les mieux préservés à ceux répertoriés dans de bons ouvrages d'anatomie, on cherche ensuite à déterminer sexe, taille, âge et ethnie. Chez l'adulte, la détermination du sexe à partir de restes osseux est en général aisée lorsque l'on dispose des os du bassin bien sûr, mais également de ceux du crâne et, avec moins de fiabilité, d'un fémur. Lorsqu'il s'agit des restes d'un adulte, l'estimation de la taille se fait essentiellement à partir des mesures des os longs avec

beaucoup plus de précision lorsque l'on est en possession des os des membres inférieurs plutôt que des membres supérieurs. Reste à calculer la taille à partir de tables ou d'équations dont la fiabilité est de 95 %, lorsque l'inventaire osseux est assez riche et varié, permettant d'utiliser plusieurs tables et équations.

Ensuite, se pose un double problème. Depuis combien de temps le corps est-il enterré ? Des techniques comme l'immunofluorescence nous indiquent la période du décès. L'un de mes derniers squelettes, retrouvé lors de travaux de canalisations urbaines, présentait, au niveau des dents, l'usure par le sable des meules de blé qui caractérise les morts de l'époque médiévale en Europe occidentale. Le marteau-piqueur avait juste permis de le ramener à la

surface et, par là même, dans le monde des vivants. Comment nous a-t-il jugés de là-haut ? Quel âge avait le mort ou la morte au moment de son décès ? Jusqu'à la fin de la croissance osseuse, entre dix-huit et vingt ans, l'examen des cartilages de conjugaison, en se rapportant aux dates d'apparition et de soudure osseuse, fournit des éléments précieux, en s'aidant d'une radiographie standard et mieux encore, de l'imagerie 3D grâce à laquelle on peut regarder l'os sous toutes ses coutures ou plutôt sur tous ses angles. L'exploitation de la maturation dentaire pour la détermination de l'âge repose sur la chronologie d'apparition des dents définitives et donne des indications aussi importantes. Ces derniers mois, c'est encore avec l'imagerie 3D, simplement reconstituée sur l'écran de mon Macintosh, que j'ai pu réaliser une identification formelle avec points de comparaison par rapport à un dossier dentaire et datation, et sur un

coin de bureau, au sens propre ! Les choses sont bien moins simples chez l'adulte entre vingt et soixante ans où l'estimation de l'âge se fait, non plus à l'aide de marqueurs de la croissance osseuse, qui changent tous les six mois ou tous les ans, et donc nous donnent une assez bonne précision ou de la maturation, mais à l'aide de marqueurs de l'usure, de la dégénérescence osseuse qui font entrer de nombreuses variables dans l'équation. La colonne vertébrale du maçon de quarante ans qui porte de lourdes charges est-elle plus ou moins usée que celle du cadre supérieur de soixante ans ? Celle du sportif plus que celle du sédentaire ? Celle de la personne malade plus que celle de l'individu sain ? La technique de Suchey-Brooks est la seule qui semble fiable, avec des écarts de plus ou moins cinq ans, néanmoins. Elle propose de comparer les facettes articulaires du pubis avec des modèles 3D d'un kit de

référence. Les techniques dentaires de Gustafson et de Lamendin datent la dent en la sciant en deux pour compter ses traits internes, comme on le fait pour un arbre abattu en dénombrant les cercles successifs, avec une marge d'erreur non négligeable. Complexes à utiliser, elles ont besoin d'une dent à une seule racine, celles que l'usure du squelette fait tomber en premier. Si elles ne sont pas ramassées avec précaution lors du relevage, elles interdisent cette technique.

L'ethnie, enfin ! Seul le crâne peut réellement apporter une aide tangible. Lorsqu'il n'est pas présent ou très abîmé, il est vraiment très difficile de préciser l'origine ethnique d'un individu à partir de ses restes squelettiques, en dehors de l'apport de la génétique qui peut permettre de comparer à tel ou tel groupe

ethnique, au sens large. Mais d'où vient alors le corps ? D'un voyageur ? D'un immigré clandestin ? D'un voisin installé depuis des années ou né ici même ?

JEAN-MARC, DEUX FOIS VICTIME

Véritable pilier de bar, Jean-Marc est bien connu de la gendarmerie. On ne compte plus le nombre de ses séjours en cellule de dégrisement. C'est donc sans grand étonnement que les forces de l'ordre retrouvent le corps sans vie de Jean-Marc, probablement tombé, en pleine ébriété, de son deux-roues. À côté de son scooter, sur la route, son casque a valdingué à quelques mètres de là. L'affaire aurait presque pu s'arrêter

là. Mais à l'examen de corps demandé, le médecin légiste s'étonne de la présence de lésions importantes ; le crâne et le cou auraient pu expliquer un décès brutal. En revanche, sur la partie thoracique, on note un aspect déprimé du thorax, avec un enfoncement costal et une clavicule droite fracturée. Tout ça ne colle pas bien avec une chute, même si l'alcoolémie prélevée est élevée puisqu'elle avoisine les trois grammes par litre de sang. Le scooter est très peu abîmé, ce qui est rare dans un accident. Cela met la puce à l'oreille des gendarmes. On se pose donc la question de savoir s'il a été heurté par un véhicule ; l'autopsie accompagnée de l'imagerie post-mortem par scanner tridimensionnel s'imposent. Ce qui va ressortir sur les images qui sont recomposées et lues conjointement par le radiologue et le médecin légiste, ce sont deux trajets traumatiques. Le premier est thoracique, linéaire, concernant les arcs postérieurs et latéraux des côtes toutes du même côté sans léser les vertèbres correspondantes. L'autre est une ligne traumatique qui commence à l'occipital et se continue sur la

face, cassant la branche horizontale du maxillaire puis la clavicule droite, enfin les premières côtes et l'humérus qui est brisé et déplacé. Il n'y a pas de doute. Ces deux tracés linéaires, rectilignes sont ceux que l'on va observer sur un corps qui est franchi par un véhicule. Aucune autre lésion ne peut expliquer le décès alors qu'il n'existe aucun signe de choc direct, notamment au niveau crânio-facial, aucun signe de choc provoqué par un véhicule, pas plus qu'on a retrouvé des fragments d'optique de véhicule sur les lieux. Les seuls petits morceaux récupérés étaient des éléments du dessous d'un véhicule. Alors tout devient logique ! Jean-Marc, de retour d'une tournée des cafés, est tombé de son scooter sur lequel il roulait avec un taux d'alcoolémie élevé. Probablement inconscient sur la route après sa chute, Jean-Marc sera franchi par un véhicule qui occasionnera les deux lésions que l'on voit si linéaires, si compressives, formant de telles trajectoires que rien d'autre ne pourra expliquer le décès.

À l'issue de l'autopsie, les enquêteurs sont en possession de

toutes les informations données par la virtopsie, par l'autopsie virtuelle par imagerie scanner, et confirmées lors de l'autopsie. La recherche va s'orienter vers une automobile dont le conducteur aurait pu s'arrêter dans un garage pour faire changer des pièces de la partie basse. C'est en suivant cette piste que les enquêteurs parviendront à retrouver l'auteur des faits, qui a pris la précaution de changer quelques pièces, en effet, mais pas d'enlever les traces de sang sous les parties inférieures de son véhicule, qui seront identifiées, là encore, de façon scientifique, par une comparaison ADN formelle. La boucle est bouclée, du point de départ à la conclusion judiciaire. Ce sont des méthodes scientifiques qui ont aidé les enquêteurs et le magistrat, méthodes mises en application par les médecins légistes, pour aboutir à ce qu'ils recherchent : la vérité judiciaire, bien sûr, mais plus encore, la vérité scientifique, celle qui peut se démontrer !

SIGNALÉTIQUE ANTE MORTEM FONDAMENTALE

Pour l'identification des personnes dont le corps est détruit, souvent après un incendie, la procédure est très proche de celle utilisée après une catastrophe collective. L'identification formelle est impérative pour l'enquête afin de rédiger les actes de décès pour l'état civil, mais aussi pour les familles et les proches, en vue de débiter leur travail de deuil. Seule l'échelle différencie les identifications que nous réalisons plusieurs fois par an, selon les circonstances des décès et les identifications que nous avons faites, en équipe médico-légale. Après la catastrophe du Concorde qui avait réuni autour de l'épave un groupe de jeunes médecins légistes d'Île-de-France dont

j'étais, pour les UMJ de Seine-Saint-Denis. Le support logistique et judiciaire était fourni par l'unité d'identification des victimes de l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale de Rosny-sous-Bois. Preuve, si besoin était, qu'il y a des ressources dans le 9-3 ! En dehors d'événements aussi médiatisés, la banale identification d'une banale victime d'un banal accident n'en justifie pas moins une méthodologie rigoureuse menée sur les lieux mêmes des catastrophes et poursuivie dans le service de médecine légale.

Sur les lieux, tous les objets pouvant servir à identifier sont ramassés et mis dans des sacs appropriés qui suivront le corps dans le service de médecine légale. Ensuite, la collecte de renseignements sur l'état avant la mort, ce qu'on

appelle la signalétique ante mortem,est fondamentale. Le défunt a-t-il été opéré ? Avait-il une broche ou une plaque ? Des signes particuliers comme un doigt coupé ? Quels bijoux portait-il ? Autant d'éléments qui seront comparés aux constatations de l'examen externe, à l'imagerie post-mortemqui s'impose et aux conclusions de l'autopsie médico-légale.

Après une phase de déshabillage, au cours de laquelle tous les détails sont consignés, en particulier les tailles des vêtements, s'il en reste, le type et la pointure des chaussures, l'examen externe du corps est réalisé. Il est précédé, lorsque c'est possible, des relevés dactyloscopiques, les empreintes digitales, que réalise le technicien de l'Identité judiciaire, souvent aidé du médecin légiste. Les techniques ont bien évolué depuis les premières et terribles

expériences que relate Georges Moréas dans sa préface. Ensuite, lors de l'examen externe, tout est noté, sur les parties du corps « exploitables » selon la destruction présente. Et ce n'est pas simple. Sur toutes les parties encore analysables, c'est une recherche patiente de cicatrices, de tatouages, de grains de beauté ou d'anomalies comme un lipome ou une absence dentaire : autant de facteurs qui jouent un rôle essentiel pour l'identification si l'on dispose d'éléments ante mortem similaires. L'imagerie radiologique prend toute son importance pour rechercher des corps étrangers, des projectiles (tiens, tiens, une mort peu naturelle..., un matériel de prothèse). L'usure osseuse ou l'ossification aident alors à donner un âge au décédé, elles apportent surtout des éléments dentaires lorsque l'imagerie 3D est utilisée. J'ai peine à l'avouer : autrefois, les maxillaires étaient sciés avant de les confier à un

odontologiste médico-légal. C'était comme cela, il y a presque vingt ans que travaillait mon ami le docteur Michel Evenot qui, avec la brûlante énergie qui le caractérisait, s'est littéralement tué à la tâche.

En effet, les dents présentent une grande résistance aux agents destructeurs tels que le feu ou la macération, et elles constituent un moyen d'identification médico-légale majeur. On se souviendra que les corps d'Hitler et d'Eva Braun notamment, bien qu'incinérés à la hâte, ont pu être identifiés par les Russes grâce à leurs particularités dentaires, dans les ruines fumantes de la chancellerie du Reich à Berlin. La technique d'identification était balbutiante. Rien à voir avec les techniques utilisées suite à l'exhumation effectuée en juin 1985 à Embu, près de Sao Paulo, d'un squelette qui pouvait être

celui du terrible docteur Josef Mengele, médecin du camp d'Auschwitz, auteur d'effroyables expérimentations, et mort noyé en 1979 au Brésil. Dans un premier temps, des spécialistes allemands, américains et israéliens avaient travaillé à l'identification des restes osseux à partir des techniques morphologiques osseuses, avec imagerie comparative, et en utilisant la comparaison des structures dentaires en partie retrouvées à Embu avec le dossier odontologique de Mengele, conservé depuis 1937 en Allemagne. En dépit d'une série d'indices concordants (âge, taille, race, sexe, morphologie crânienne et dentaire), un doute subsistait encore, en raison de la mauvaise conservation des ossements. On utilisa alors le procédé dit de la filiation inversée, en comparant l'ADN des empreintes génétiques obtenues sur les ossements à celles identifiées à partir de prélèvements de sang réalisés sur Rolf Mengele,

fils du médecin nazi, ainsi que sur la mère de ce dernier. Elles furent même confiées aux professeurs Jeffreys et Hagelberg, deux spécialistes de la biologie moléculaire appliquée à la médecine légale, qui permirent l'identification sans équivoque de celui qu'on avait tant recherché de son vivant et après sa mort.

L'utilité de l'odontologiste médico-légal, dans certaines autopsies ou en identification de catastrophes, la question ne se pose même pas ; elle est capitale. Si le médecin légiste expérimenté peut réaliser un relevé dentaire correspondant aux recommandations d'Interpol, je me sens tout à fait incapable de décrire les pathologies présentes, en dehors des fractures, et encore moins les travaux dentaires, les obturations dentaires, les amalgames,

les composites ou tous les actes prothétiques, avec une précision suffisante. Je me contente de les mettre en évidence sur les clichés scanner 3D. C'est un début ! Dans bon nombre de cas, lorsque les méthodes d'identifications classiques (morphologiques, radiologiques, odontologiques et dactyloscopiques) ne permettent pas de reconnaître un corps ou de le comparer correctement, soit par manque de renseignements sur l'état antérieur, soit parce que les mutilations ou les transformations sont trop importantes, ce sont les empreintes génétiques qui prennent le relais à partir de prélèvements de tissus en fonction de la conservation (sang, muscles, cheveux, os...). Mais comme toute identification, il s'agit également d'une technique de comparaison et l'empreinte génétique obtenue à partir d'un corps ou des restes de corps doit être confrontée à des éléments retrouvés chez la victime supposée (brosse à

cheveux, brosse à dents, sérothèque, etc.), ou aux prélèvements des ascendants et descendants de la victime potentielle. Quand la victime n'est même pas « *X pouvant être...* », les séquences génétiques des acides nucléiques de l'ADN, dont la variabilité d'un individu à l'autre (vrais jumeaux exceptés) détermine l'empreinte génétique, sont maintenant comparées à toutes celles contenues dans le Fichier national des empreintes génétiques, le FNAEG, qui peine à rattraper son retard sur nos voisins européens, notamment les Britanniques. Créé en 1998, pour les infractions de nature sexuelle initialement, son champ d'action s'est ensuite étendu à la quasi-totalité des personnes condamnées ou mises en cause pour des crimes ou des délits d'atteintes aux personnes et aux biens. En 2007, il centralisait les empreintes génétiques de 615 590 individus. Elles sont conservées quarante ans pour les personnes

condamnées et vingt-cinq ans pour les personnes mises en cause. On sait que la technique des empreintes génétiques s'invite de plus en plus dans les enquêtes policières, depuis sa première utilisation dans une affaire criminelle, outre-Manche, en 1985. On sait maintenant établir très correctement un profil génétique spécifique d'une personne à partir des éléments biologiques (spermatozoïdes, cellules de sang, de peau, de salive...), qui peuvent être retrouvés par les enquêteurs sur la scène du crime ou par le médecin légiste partout sur le corps de la victime. Nul doute que la génétique pourra aider la justice dans la résolution des affaires criminelles en mettant en relation des auteurs dont on connaît le profil génétique et des affaires irrésolues éclairées par les comparaisons possibles entre les données d'un fichier et des traces ADN sans paternité jusqu'alors. Toutefois, en médecine légale, tout est mesuré par

plusieurs techniques avant de se prononcer.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Quel est le rôle de la toxicologie ?

Elle couvre de vastes domaines. La toxicologie post-mortem peut nous permettre de savoir, à partir de fragments d'os ou de cheveux, si un poison toxique ou un médicament a été ingurgité. La toxicologie analytique est à même de mesurer des doses très fines de produit utilisé, par exemple, dans des crimes maquillés en accidents. Ce qui aurait pu passer pour un crime parfait avec des allures d'accident banal peut être révélé aujourd'hui par la qualité des analyses toxicologiques.

Sur la scène de décès, le médecin légiste va penser à douter de tout, et à ne pas faire de conclusions trop hâtives. Cela va le pousser à effectuer de bons prélèvements qui vont pouvoir apporter des explications, voire faire ressortir une affaire. L'utilisation de la toxicologie et des prélèvements faits de façon systématique est une des armes que l'on utilise lors des procès aux assises. Devant des cas très communs en apparence, nous pouvons découvrir beaucoup de choses. Nous procédons donc à une toxicologie de dépistage rapide, certes moins performante que des examens plus poussés mais qui permet, dès le départ, et très rapidement, d'apporter des résultats sur des prélèvements de sang et d'urine. Grâce à ces prélèvements, nous pouvons, par exemple, retrouver l'intoxication aiguë dans une mort qui passe pour naturelle. Ou, au contraire, alors qu'une idée d'une mort toxique fait son chemin, il peut s'avérer que, suite aux prélèvements, il s'agit de tout autre chose.

Rencontrez-vous beaucoup de cas qui, grâce aux prélèvements, s'avèrent différents de ce que l'on pourrait croire ?

Oui, c'est déjà arrivé. Nous décelons, en effet, de multiples cas lorsque la toxicologie de dépistage est bien appliquée à chaque fois. J'ai plusieurs exemples en mémoire : une chute accidentelle qui était, en fait, une intoxication éthylique. Une personne a certainement assisté au décès et n'a pas porté secours à la victime. Il y a aussi un décès d'une personne âgée dépressive dont l'arrêt cardiaque avait été décrété et qui, en réalité, avait ingéré des produits détergents.

Comment procédez-vous ? Les prélèvements sont-ils mis sous scellés ?

Dans tous les cas, les examens médico-légaux sont effectués en

présence d'officiers de police judiciaire. Les scellés sont réalisés par la police judiciaire dans le cadre de l'enquête. Par contre, la bonne conservation, la bonne congélation dans des tubes stériles, est assurée par les supports des unités médico-légales ; c'est tout l'intérêt de structures médico-légales bien équipées. Il faut une bonne pratique de laboratoire et des spécificités techniques pour bien conserver les prélèvements. Dans un premier temps, l'équipement est fourni par ces structures et les prélèvements y sont stockés avant d'être transférés dans les laboratoires de la police technique et scientifique. Les conditions techniques de transport doivent aussi être respectées ; certains prélèvements sont envoyés dans des colis spéciaux sur le territoire national, voire international.

Combien de temps cela vous prend-il pour faire un dépistage toxicologique complet sur une scène de crime ?

Cela dépend de la recherche et des moyens techniques mis en œuvre. La toxicologie de dépistage nous apporte les premiers éléments de réponse assez rapidement. De là, en utilisant les techniques des laboratoires hospitaliers, nous avançons pas à pas. Les prélèvements sont réalisés en double et nous prélevons une quantité suffisante de sang et d'urine pour les premières analyses. Une étude toxicologique par les méthodes de référence qui complète nécessairement le premier dépistage toxicologique peut être faite en moins de vingt-quatre heures, voire dans les premières heures, fournissant les renseignements indispensables à l'enquêteur.

Combien de temps conserve-t-on les prélèvements ?

Nous prenons en compte le temps indispensable aux enquêtes jusqu'au jugement, ainsi que le temps nécessaire aux juges

d'instruction pour ordonner les analyses et en recevoir les résultats. Concernant les prélèvements réalisés, notre première partie de dépistage va permettre de donner des arguments au procureur de la République qui intervient au début de l'enquête, c'est-à-dire dans les quarante-huit premières heures. Très vite, si l'on s'oriente vers une mort d'origine criminelle, le juge d'instruction prendra le relais. Tout au long de son instruction, il va pouvoir entendre les témoins des faits, les personnes suspectées, obtenir les premiers éléments des autres enquêteurs, et, éventuellement demander d'autres analyses que celles initialement requises. Ces prélèvements seront préservés des mois et, dans beaucoup de cas, des années. Il faut toujours garder en mémoire que, dans une affaire criminelle, ils pourront être réexaminés en cours d'instruction, et ce, jusqu'au premier procès d'assises.

La toxicologie est l'un des instruments

techniques de votre métier, mais peut-on en dire autant des autres disciplines ?

Oui, bien sûr. Chaque discipline a son importance et constitue un élément de réponse ; l'une ne va pas sans l'autre. La biologie et, notamment, la biologie moléculaire reste incontournable. Les méthodes de chimie sont tout aussi considérables. Prélever des résidus de poudre permet d'utiliser des méthodes chimiques, mais aussi pétrochimiques, ainsi que des analyses microscopiques.

Les prélèvements ADN, eux, permettent d'apporter des éléments très importants concernant l'identification, et d'avoir une comparaison ante et post-mortem. Avoir une empreinte génétique est une très bonne chose pour nous, mais encore faut-il pouvoir la comparer avec une empreinte génétique connue. C'est pour cette raison que chaque empreinte relevée est intégrée au Fichier national des empreintes génétiques.

Comment procédez-vous pour identifier un corps ?

Notre méthode de comparaison pour l'identification formelle peut être réalisée par d'autres éléments que l'ADN. Par exemple, lorsque l'on n'a pas de banque de sang pour effectuer des comparaisons sur des gouttes que l'on aura prélevées, il est bien plus efficace d'avoir une radiographie de comparaison. Ou bien d'avoir un compte rendu opératoire avec le numéro d'une prothèse que la personne a portée et de pouvoir ainsi comparer des éléments ante mortem formels avec d'autres, post-mortem. C'est le cas pour l'identification dentaire. Par exemple, lors du relevage et de l'identification des victimes de l'accident du Concorde, la plupart avaient bénéficié de travaux dentaires assez sophistiqués et bien répertoriés. L'identification a donc été possible sur le terrain sur plus des trois-quarts des corps, avant même qu'ils ne

soient extraits du lieu du crash. Nous avons tous travaillé ensemble : médecins légistes, odontologistes médicaux légaux et techniciens de la police technique et scientifique.

L'identification par comparaison ante/post-mortem est une méthode performante qui peut être tout aussi efficace et beaucoup plus rapide que l'analyse ADN. Lorsqu'il faut retravailler sur des échantillons post-mortem pas toujours de bonne qualité, le travail peut devenir très long. Un corps peut être détruit par le feu, il peut être altéré par un séjour prolongé dans l'eau ou dans un milieu naturel particulier. Tous ces éléments sont donc à prendre en compte. Dans bon nombre de cas, la méthode de comparaison des empreintes et des éléments biologiques va se faire grâce à des éléments de prothèses.

La première identification est réalisée grâce à la photographie. On compare le visage de la personne avec les photos prises de son vivant et ces éléments peuvent être tout à fait formels et suffisants. Et, plus les signes de destruction du corps s'accumulent, plus on va s'éloigner des simples éléments

d'identification visuelle pour aller vers des éléments anatomiques (taille, groupe ethnique, scoliose, arthrose...). Et l'on ira aussi vers l'existence d'un corps étranger qui pourra être médical ou dentaire, comme une prothèse auditive ou une couronne. Enfin, si l'on ne parvient pas à trouver d'éléments probants et si toutes les autres méthodes n'ont pas pu aboutir, l'analyse ADN sera le complément d'informations qui aidera à l'identification.

Pensez-vous qu'il y aura des progrès techniques dans les années à venir ?

La technique en elle-même est aujourd'hui très aboutie. Elle pourra très certainement se perfectionner, mais je crois qu'il n'y aura plus de réel bond technologique comme celui auquel l'on a pu assister il y a quelques années. Je crois que les progrès qui pourraient survenir se placent peut-être davantage

au plan technique, dans la rapidité de l'analyse et de la diffusion des informations. On construit des banques génétiques qui nous permettent d'être plus efficaces. Les banques de données se constituent au niveau national et commencent à devenir internationales. Plus on aura d'informations, plus on aura des ressources de comparaison.

Les médecins arrivent-ils à conjuguer leurs disciplines et la toxicologie en milieu hospitalier ?

Oui, le milieu hospitalier change et évolue. Aujourd'hui, plus rien n'est possible sans un plateau technique. Nous avons des médecins qui savent quelles analyses réaliser, quels moyens employer, quels bons prélèvements faire et comment les conserver. Il faut, par ailleurs, un choix judicieux concernant la technique, celle qui aura le meilleur équilibre entre le temps employé, la qualité de travail, et le coût. Est-il vraiment

besoin d'utiliser une méthode d'identification ADN alors qu'une personne peut être identifiée par une intervention chirurgicale ? Le bon choix technologique sera donc déterminant.

Avez-vous beaucoup de ressources techniques ?

Le plateau technique d'urgence de l'hôpital est relativement limité en ce qui concerne les besoins médico-légaux spécifiques. On comprend qu'il ne soit pas équipé pour analyser des résidus ou des prélèvements putréfiés. Nous utilisons donc d'autres correspondants comme des laboratoires privés qui peuvent compléter le plateau de l'hôpital. Nous travaillons pour obtenir la meilleure qualité et la meilleure performance ; il est donc important de connaître les bons correspondants susceptibles de nous apporter la meilleure technicité. À l'avenir, il y aura des centres qui exploiteront toutes les

technologies possibles et une bonne qualité de l'analyse. C'est le cas, par exemple, pour les laboratoires de la police technique et scientifique qui gèrent le Fichier national des empreintes génétiques et reçoivent les éléments d'analyse qu'ils peuvent utiliser et exploiter grâce à leur niveau de technicité. Il vaut mieux confier des prélèvements à des laboratoires de référence plutôt que de les exploiter nous-mêmes ; il nous manquerait sans doute un savoir-faire évident ainsi que les bonnes conditions technologiques.

Que pensez-vous des logiciels de simulation de scène de crime utilisés pour la formation des gendarmes et policiers ?

Tout entraînement à la réalité est utile et très performant. C'est probablement grâce à de tels éléments de formation que les progrès en matière de respect des traces et indices se feront.

L'expérience qui peut être mise en commun permettra certainement d'avancer. Les jeunes gendarmes et policiers possèdent une connaissance théorique de leur métier ; cette pratique pourra leur permettre d'acquérir une expérience de terrain dès le départ. Chaque corps de métier essaie, à son niveau, de former les jeunes recrues, et c'est grâce aux outils informatiques et multimédias que la formation devient interactive et constructive. La balistique est un domaine particulièrement concerné par la modélisation, comme l'accidentologie.

LES PROGRÈS DE LA TOXICOLOGIE

Parmi les examens complémentaires ayant le meilleur

rendement diagnostique pour aider la levée de corps médico-légale ou l'autopsie à visée judiciaire, la toxicologie médico-légale a bénéficié, ces dernières années, des progrès de la toxicologie analytique pour favoriser la recherche des causes de la mort. Dans les cas de mort toxique, très souvent, un syndrome asphyxique non spécifique est le seul élément relevé, y compris après l'autopsie. Impossible de savoir si la mort est due à une intoxication éthylique, à des opiacés ou à un mélange de tranquillisants, sur les seules constatations médico-légales, y compris autopsiques. À l'inverse, l'analyse toxicologique ne peut se suffire à elle seule, mais repose sur une base associant les constatations cliniques médico-légales et/ou autopsiques, et un savoir-faire de laboratoire. La toxicologie analytique mal interprétée ou mal utilisée peut avoir des conséquences détonantes. Devant la cour d'assises d'appel d'Amiens, cette

année, on a assisté à une erreur qui rappelle les faux empoisonnements à l'arsenic qui ont fait condamner à mort tant de coupables qui ne l'étaient pas, au xix^e et jusqu'à la moitié du xx^e siècle, sur les assertions des toxicologues de l'époque, car l'arsenic contaminait les cadavres enterrés. L'histoire très récente démontre les limites de cette méthode, les dosages ayant pourtant été faits par un grand monsieur de la toxicologie analytique, avec un excellent laboratoire. Il n'en demeure pas moins que la femme de la victime, dont le corps recélait la drogue du violeur, le GHB, avait été jugée dans ces conditions et impliquée dans ce crime pour empoisonnement par une première cour d'assises. Criant à l'injustice, elle a obtenu un procès d'assises en appel, procès retentissant car on s'est aperçu que le GHB était endogène, c'est-à-dire secrété par la victime elle-même, ce que nous faisons tous d'ailleurs à très faible dose. Maître Delarue,

l'avocat de l'accusée, a d'ailleurs parlé de scandale judiciaire : « *Je pense sincèrement que c'est un procès pour l'Histoire, au même titre que celui de Marie Besnard.* » Il pose la problématique du poids des expertises et de la prudence nécessaire dont un expert doit faire preuve en interprétant des résultats des techniques scientifiques : « *On a bien vu que le toxicologue a reconnu l'absence de GHB dans cette affaire, contrairement à ce qu'il affirmait en 1997.* » Et l'avocat de poursuivre son impitoyable argumentation : « *On n'a pas assez tiré les leçons de l'affaire d'Outreau lorsque l'on voit comment a été conduit ce procès. C'est toujours à celui qui est au fond du trou de faire la preuve qu'il n'y est pour rien. Une erreur est toujours possible mais pas une accumulation de bévues comme dans cette affaire.* » Quant à la victime, soulagée, elle demande que le cambrioleur, qu'elle a bien aperçu et qui avait tué son mari, soit recherché. Mais douze ans après les faits, les chances de le retrouver sont très

minces.

On ne peut que rappeler la nécessité, encore plus dans le cadre des affaires criminelles, de faire les prélèvements en double pour permettre une éventuelle contre-expertise. En pratique, le médecin légiste, s'il exerce dans un véritable centre de médecine légale, conserve les échantillons scellés en congélation à - 20 °C à l'issue de l'autopsie. À ce moment-là, il peut laisser libre cours à son côté obsessionnel. Chaque prélèvement va être identifié, étiqueté avec nom et prénom du sujet prélevé, date de l'autopsie. On ajoute un numéro d'ordre interne dans le classement des scellés, sans compter leur propre dénomination en tant que scellés, avec une numérotation qui correspond aux procès-verbaux des OPJ qui assistent à l'autopsie. Les prélèvements

peuvent attendre alors leur expédition vers un laboratoire de toxicologie de référence, quand le juge d'instruction le décidera, fortement incité par les conclusions du médecin légiste. On souhaite vivement leur départ, pour en savoir plus d'abord, et aussi pour éviter d'accumuler les congélateurs, car les textes ne prescrivent aucune limitation de durée de conservation pour les prélèvements scellés, un peu moins faciles à remiser que l'arme du crime, également sous scellés. Cette dernière peut attendre sur une étagère que la poussière la recouvre.

Les analyses toxicologiques effectuées lors de l'autopsie sont bien moins simples à conserver. On prélève, en effet, du sang, de l'urine, le contenu de l'estomac, des cheveux, un peu de poumon, un peu de rein, un peu de foie... Chaque milieu a son rôle.

Le sang est sans doute le milieu biologique le plus important. Les résultats quantitatifs permettent de définir le niveau d'imprégnation du sujet pour un produit donné (infra-thérapeutique, thérapeutique, toxique, potentiellement létal) et d'expliquer son rôle dans le mécanisme du décès. L'urine est d'une utilité non négligeable. Elle permet une recherche qualitative des principaux stupéfiants et tranquillisants par immunochimie en moins de cinq minutes, et pour un coût de moins de dix euros ! La vessie se comporte comme un réservoir et les analyses urinaires permettent d'appréhender le moment de la dernière exposition à un produit toxique en mesurant ses métabolites. Si ceux-ci sont présents en grande concentration, le délai entre l'exposition et le décès peut être considéré comme long, ayant facilité la filtration par le rein. Au contraire, une faible concentration urinaire de

métabolites d'un toxique suggère un décès rapide après la prise du toxique. L'overdose à l'héroïne est typique de ce phénomène. Un sniff d'une dose trop importante ou trop pure et l'héroïne passe dans le sang ; elle atteint le cerveau puis provoque le décès. Pas le temps d'être éliminée dans l'urine ! Le contenu gastrique permet d'objectiver la voie d'introduction du toxique dans l'organisme. Des concentrations massives dans le contenu gastrique privilégient une administration orale. Des concentrations en nombre peuvent également s'observer lors d'une administration intra-nasale (héroïne, kétamine, cocaïne...) ou sublinguale (buprénorphine). La présence de fragments de médica-ment(s) évoque une prise proche du décès, avec un aspect de plâtre en cas d'une ingestion massive suicidaire. Le poumon, quant à lui, est plus particulièrement utile quand la voie de prise est sous forme d'aérosol (le crack, le cannabis

dans les pipes à eau...) ou en cas de décès rapide, souvent avec un mécanisme allergique par inhalation de substance volatile (gaz lacrymogène, gaz suffocant...). L'absence d'aérosol bêta-mimétique dans le poumon indique que l'asthmatique n'a pas eu le temps ou la possibilité de prendre son traitement lorsqu'une crise brutale est survenue.

Après, tout est envisageable, puisque depuis une vingtaine d'années, le matériel d'analyse toxicologique, autour de la spectrométrie de masse (chromatographie en phase gazeuse, chromatographie de masse en tandem, chromatographie en phase liquide) apporte tout l'attirail nécessaire pour retrouver, dans des prélèvements biologiques ou effectués à proximité du corps, toute sorte de produits : médicaments, stupéfiants, essence et

accélérateurs d'incendie, etc. Reste que l'expertise toxicologique qui se doit d'établir la nature de l'intoxication, si elle existe, n'a pas uniquement besoin des échantillons biologiques de qualité que lui fournit le médecin légiste et d'équipements analytiques performants et coûteux. Elle a besoin d'un toxicologue analyste compétent et expérimenté et d'une interprétation rigoureuse des résultats, impossible sans la collaboration avec le médecin légiste, sous peine d'affronter un appel d'assises peu glorieux.

**L'INDICIBLE : UN VRAI SECRET
D'INITIÉS**

Avec la toxicologie, la boucle des examens complémentaires est bouclée pour le médecin légiste qui les propose. Mais finalement, avec l'expérience, on se rend bien compte que, pour l'autopsie, le problème n'est pas de savoir quelles techniques employer ou solliciter, lorsque le médecin légiste seul ne peut apporter toutes les réponses, ce qui est tout à fait logique à l'heure des plateaux techniques. Comme le clinicien, le médecin légiste, avant et lors de l'autopsie, doit par contre savoir quels examens complémentaires demander, de l'imagerie à la biologie moléculaire, en passant par la toxicologie analytique ou l'histologie. L'expert technique jugera de la bonne procédure à utiliser. Le médecin légiste conseille le magistrat et les enquêteurs pour orienter vers tel ou tel examen utile, et assure la qualité du bon prélèvement. Mais là où tout son savoir-faire se révèle, c'est dans la rédaction des rapports d'autopsie,

à la fois clairs et précis, techniques et compréhensibles, objectifs et affirmatifs. Car c'est bien sûr ses écrits qu'il sera entendu, quelques années plus tard, par la cour d'assises, les magistrats et le jury populaire, d'une part et des avocats des deux parties, d'autre part. Une petite recette : avoir beaucoup lu avant de commencer à écrire, lire encore plus lorsqu'on est souvent sollicité pour rédiger ces rapports. Mais il y a un aspect que l'on n'évoque pas, qui n'intéresse personne mis à part le médecin légiste et son équipe. C'est l'indicible. Ce mélange d'odeurs, de sensations, de regards sur un corps trop jeune pour mourir ou trop beau pour être traumatisé, c'est le vrai secret du médecin légiste. Son vrai secret d'alchimiste. Un secret parfois lourd à porter. Un vrai secret d'initiés.

LES VIOLENCES DU QUOTIDIEN (CONJUGALES, URBAINES, DE PRÉDATION...)

Aujourd'hui, plus de la moitié de l'activité du médecin légiste s'exerce au contact des victimes de brutalités, parmi lesquelles les victimes de violences

conjugales. Il arrive malheureusement que l'amour au quotidien prenne ce masque sinistre. Celle que l'on qualifie de violence intime peut être particulièrement sournoise et donc difficile à détecter pour l'entourage. Il en va de même pour les professionnels de santé amenés à croiser la femme qui subit ces violences, physiques, psychologiques ou sexuelles, de la part d'un conjoint, d'un concubin, d'un partenaire de PACS, mais aussi d'un ex-conjoint ou ex-concubin. Ces situations fréquentes sont reconnues par la loi pénale depuis quelques années seulement.

LES HOMMES AUSSI

Cette violence intime sera encore moins facile à mettre en évidence si c'est l'homme qui en est la cible au sein du couple, ajoutant une honte supplémentaire aux conséquences d'un tel comportement. Cette violence intime est d'autant plus insidieuse qu'elle peut revêtir de multiples formes au fil des mois et des années. On peut la définir comme un processus de domination de l'autre, avec une contrainte qui peut s'exercer de différentes manières. Cette oppression peut être verbale : insultes et menaces proférées. Elle se traduit souvent par des brimades, des dévalorisations, d'autant plus difficiles à accepter qu'elles sont généralement formulées en présence d'autrui. La violence intime est aussi souvent sexuelle : réduction de l'autre au rang d'objet sexuel, avec rapports contraints et forcés, actes pornographiques, jeux pervers où les pratiques imposées s'approchent de ce que la loi pénale qualifie

d'agressions sexuelles, voire de viols, qui peuvent exister dans le couple, dès lors que la victime n'a pas la possibilité de consentir ou non. La dévalorisation sexuelle est un autre type de ces violences intimes fréquemment rencontrées. « *Toi, tu restes avec les enfants. Moi, je sors, tu ne crois pas que je vais sortir avec un thon comme toi !* ». « *Au lit, tu vauX rien* ». Le rapport oppressif repose souvent sur un rapport de supériorité économique. Le contrôle des moyens d'existence de la part de l'homme, seul à travailler ou à recevoir une allocation-chômage, fragilise encore plus la femme victime au plan matériel, sans emploi, donc sans ressources, et sans liberté ou presque, si elle veut changer de vie ou de domicile. Chez la femme migrante, la confiscation du passeport ou de la carte de séjour contribue à l'isoler davantage et à la rendre dépendante au plan économique, d'autant plus que l'homme est souvent le seul à s'exprimer dans la

langue du pays que l'on dit des Droits de l'homme, interprétant sans doute très mal le texte !

LE SILENCE CACHE LA SOUFFRANCE

Plus tard, comme une progression logique, intervient la violence physique. L'origine de toutes les lésions rencontrées en médecine légale dans le cadre des coups et blessures volontaires, répétés, craints, alternant avec de « simples » insultes ou menaces, qui en deviennent presque rassurantes chez une victime totalement déstabilisée. Rapidement, la situation va s'aggraver, la femme va être traînée dans les escaliers ou frappée avec des objets saisis qui lui seront jetés

au visage. D'emblée, l'aspect particulièrement délétère des violences conjugales sur l'état psychologique de la victime se révèle lorsque celle-ci est examinée ou ose en parler. La personne martyrisée se trouve dans une conjoncture d'ambivalence puisque longtemps un sentiment d'amour envers l'agresseur persiste ; d'autant plus que les brutalités vont alterner avec des périodes où le partenaire agressif regrette ce qui s'est passé ou fait semblant de le déplorer.

Ce conflit psychique permanent engendre de l'angoisse, avec toutes les traductions somatiques possibles. Il crée des symptômes névrotiques, ceux de la névrose post-traumatique, avec présence ou non d'un état dépressif. Lorsque la victime de violences conjugales est examinée dans une unité médico-

judiciaire, c'est souvent la souffrance psychologique qui apparaît, plus évidente que les lésions qui vont être à l'origine de la plainte. Bien souvent, elles sont beaucoup moins importantes que celles que la femme a subies pendant les mois ou les années où elle s'est réfugiée dans le silence pour cacher sa souffrance. La raison de ce mutisme est simple à comprendre. La victime pense devoir rester sous l'emprise de son agresseur, c'est-à-dire au domicile conjugal, pour protéger ses enfants ou ne pas être séparée d'eux, car cette menace est souvent brandie par le partenaire ou le conjoint violent. Le médecin légiste va donc souvent être le premier à recueillir l'histoire d'une souffrance et le temps qu'il consacre à l'écouter apporte le premier soulagement à la victime. Elle n'en a parlé ni à ses proches ni à son médecin traitant. Elle ne s'est confiée ni à un confesseur ni à un psychanalyste auquel elle n'a pas accès en raison de

ses faibles moyens. Pense-t-on à cela quand on s'engage dans la médecine légale ? Il n'empêche que ce rôle d'écoute ne peut être délégué à un accueillant, à un psychologue aux urgences médico-judiciaires (UMJ), sous peine de paraître désintéressé et de ne pas soutenir la personne, encore fragile, dans sa plainte. Les premiers instants doivent être réservés à la rencontre de la victime avec un médecin qui va prendre du temps pour elle.

Inutile de dire qu'avec cet accueil, le pourcentage de plaintes maintenues par la victime n'a rien à voir avec celui observé dans des grandes unités où les consultations se succèdent à un rythme tel que l'attention du médecin, si tant est qu'il veuille l'accorder à la victime en fin de journée, ne laisse que quelques minutes à l'examen, réduisant l'entretien à

une simple évaluation. La France n'est ni plus ni moins touchée par ce phénomène. Pour avoir travaillé dans plusieurs services d'urgences médico-judiciaires, le nombre de victimes de ces violences n'est pas moindre à Paris intra-muros qu'en Seine-Saint-Denis ou qu'en Picardie. Tous les médecins légistes cliniciens de l'Hexagone ont constaté ce phénomène en 2008 et les confrères de Lille comme ceux de Montpellier, de Strasbourg ou de Rennes, malgré toute la sensibilisation, les actions menées, le poids de la délégation aux droits des femmes, ne le voient pas décroître dans toutes les sous-populations rencontrées. Ils peuvent seulement remarquer des situations un peu différentes si la femme vient d'Afrique ou si elle est française de souche, si elle est bien insérée dans la société ou si elle peine à sortir d'une banlieue d'immigration.

FATOU, UNE FEMME EN DANGER

Originnaire du Sénégal, Fatou vit en France depuis 2003. En ce jour de mars, elle vient consulter aux urgences médico-judiciaires sur l'incitation d'une assistante sociale qui la pousse à entreprendre les premières démarches. Enfin ! Pour l'instant, l'action de Fatou se limite à une main courante car elle a encore très peur de porter plainte. Elle est néanmoins adressée au service médico-judiciaire pour un examen dans le cadre d'un protocole de prise en charge des femmes victimes de violences. Celui-ci a été mis en place par la délégation aux droits des femmes, les associations de femmes victimes, le parquet, l'hôpital, les services de police et de gendarmerie, les avocats, les services sociaux, de manière à ne pas laisser les

questions de toutes ces femmes démunies sans réponses.

Lorsqu'elle se présente, Fatou a vingt-cinq ans, elle est enceinte de cinq mois et en arrêt de travail pour des complications dues à son état. Vivant chez son concubin avec son premier fils, âgé de six ans, elle indique au médecin qui la reçoit que, depuis le début de sa grossesse, elle est victime de violences conjugales à répétition. Son concubin, déjà brutal lorsqu'il consommait du « shit », se montre de plus en plus violent depuis qu'elle attend un enfant ; il a notamment essayé de l'étrangler lorsqu'elle était enceinte d'un mois. Ce jour-là, les voisins ont alerté les forces de l'ordre qui sont intervenues au domicile pour protéger la jeune femme et lui ont conseillé de porter plainte. Malgré les incitations des voisins et de la police, Fatou n'a pas déposé plainte. Elle est restée auprès de son compagnon violent. Plus tard, au cours de sa grossesse, son concubin a dû l'emmener aux urgences du centre

hospitalier pour une plaie qu'elle s'était occasionnée à l'avant-bras droit en fracturant la vitre de la porte-fenêtre de la pièce où elle était maintenue enfermée. Son concubin refusant de lui ouvrir, Fatou avait, dans un accès de colère, cassé le carreau et s'était ainsi blessée. Une semaine plus tard, juste avant qu'on l'examine, un nouvel épisode de violence avait eu lieu. Son concubin était plus violent que les fois précédentes. Il l'avait menacée de prendre son enfant dès la naissance et de la quitter. Fatou aurait reçu des coups de genou dans le bas-ventre et aurait été mordue également. Police, pompiers et SAMU sont intervenus encore une fois à l'appel du voisinage pour la conduire aux urgences médico-judiciaires afin d'y subir un examen : les lésions qui apparaissent correspondent à celles constatées au départ par les urgences avec des hématomes, une plaie sur le bras droit, des plaies en arc coïncidant à la morsure de son concubin, des ecchymoses sur les genoux. La grossesse se poursuit sans complications particulières, mais Fatou est véritablement très déprimée et va

demander du réconfort aux urgences médico-judiciaires. Malgré des conseils avisés, Fatou n'ira pas déposer plainte. Il n'y aura pas de procédure. Elle ne viendra pas, par la suite, consulter un psychologue qui l'attend. Fatou est, aujourd'hui encore, une femme en danger...

DU NOUVEAU-NÉ À LA PERSONNE ÂGÉE

Le rythme de ces violences est souvent lié à des événements personnels : une grossesse, la naissance d'un enfant, la séparation, le chômage du partenaire. Le poids de l'histoire personnelle ou familiale est important et les femmes ayant elles-mêmes été

victimes de violences dans leur enfance semblent être des personnes plus à risque, comme celles qui ont vécu dans des milieux familiaux où la violence était présente, soit une violence conjugale, soit une violence exercée par un père alcoolique. Souvent, le médecin légiste est surpris de voir qu'une femme ayant réussi, après de longues années de souffrance, à se séparer d'un homme brutal, a refait sa vie avec un autre compagnon, tout aussi agressif, celui qui sera à l'origine des violences dont elle viendra se plaindre. Le constat des violences motivant la plainte se présente souvent dans des situations de conflit conjugal explicite, en particulier dans les instances de divorce et les violences volontaires sur conjoint reçoivent d'emblée une qualification délictuelle (Art. 222-12 et 222-13 du code pénal). En matière de violences volontaires, la législation pénale française punit les auteurs en fonction, non pas de la nature de

l'acte commis, mais de ses conséquences. Celles-ci sont jugées sur une durée d'incapacité totale au sens pénal, durée qui diffère d'un arrêt de travail parce qu'elle concerne toutes les victimes, du nouveau-né à la personne âgée, qu'elles travaillent ou non, et parce qu'elle considère la gêne réelle et totale à faire les gestes de la vie courante (se vêtir, faire sa toilette, se nourrir...). Cette juste fixation de l'ITT (Incapacité totale de travail) au sens pénal est sans doute actuellement l'un des rôles les plus importants du médecin légiste clinicien. L'article 222-11 du code pénal précise qu'en matière de *violences*, si l'incapacité totale de travail qui en résulte est supérieure à huit jours, l'auteur commet un délit jugé en tribunal correctionnel, passible de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Les peines encourues sont plus importantes (article 222-12 du code pénal) si les violences ont été commises sur des

victimes fragiles ou handicapées telles qu'une « personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur » et si elles ont été commises « *par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité* ».

SYLVIA, LE DÉSIR D'AVENIR

Sylvia vient consulter après une très longue histoire de harcèlement. Vexations et insultes jalonnent sa vie conjugale. Depuis trois ans, la jeune femme vit sous la contrainte et les

menaces de son mari avec des brimades, des privations, des insultes particulièrement aggravées depuis que le couple a déménagé et qu'elle s'est coupée de son milieu familial. Les violences ne sont « que » des violences légères ; l'auteur essaie de se maîtriser pour ne pas laisser de traces indélébiles. Sylvia vit dans la crainte d'avoir à vivre d'autres épisodes de ce genre. Elle n'en parle pas, elle a honte, elle ne demande pas le soutien de sa famille ou de ses proches. Au quotidien, ce ne sont que restrictions pour toutes les dépenses du ménage. Sylvia ne dispose que de vingt euros par semaine pour faire des courses alimentaires. Elle ne peut pas accéder aux comptes en banque du ménage. Elle ne peut pas acheter de vêtements seule. Elle ne peut faire sa toilette qu'une seule fois par jour et pas à grande eau ; elle doit se contenter d'humidifier le gant de toilette et ne peut prendre qu'une douche par semaine. C'est tout juste si elle est autorisée à se rafraîchir et se changer deux fois par jour lorsqu'elle a ses règles. Elle est contrainte en permanence de veiller à porter ses vêtements le plus longtemps

possible, là encore pour économiser l'eau, la lessive et l'électricité. Elle est même priée de surveiller le débit de la chasse d'eau. Ces conditions de vie folles la mettent peu à peu dans un syndrome anxio-dépressif réactionnel sévère où elle est de plus en plus sujette à ces violences et à ce harcèlement qui prend peu à peu la teneur d'un harcèlement sexuel avec des rapports sexuels forcés. Elle est de plus en plus victime et s'enfoncé dans son syndrome anxio-dépressif. Chassée de son domicile, elle parvient à se protéger un peu de ce climat permanent de violences et de harcèlement, et à rejoindre sa famille. La jeune femme décompense son angoisse avec des malaises, des crises de spasmophilie, des cauchemars qui la maintiennent éveillée.

Sylvia se décide enfin à déposer plainte pour les agressions sexuelles subies. Parallèlement, elle vit comme une violence supplémentaire le fait que, portant plainte, elle se distance des faits de harcèlement dont la matérialisation n'est pas évidente aux yeux de la justice ; tout le monde est prêt à l'entendre

mais personne n'a de réponse précise. La preuve des restrictions d'eau ou de soins de propreté ne peut plus être apportée avec un mari qui fait porter à l'état anxio-dépressif tous les signes associés, qui traduisent, selon lui, la pathologie mentale de la personne.

Quand on voit Sylvia, c'est essentiellement cette souffrance morale qui va être remarquée et l'on sent qu'elle a vécu des moments d'enfer. Les examens réalisés à distance des faits dont elle a enfin pu parler ne sont malheureusement pas d'un apport formel. La procédure judiciaire est-elle à même de prendre en charge des souffrances morales qui se traduisent par des signes physiques ? Comment qualifier ces souffrances morales dont les histoires des différentes victimes nous disent la fréquence, la difficulté de les vivre, et les retentissements sur la vie personnelle, familiale ? Sans parler du désir d'avenir, tout simplement.

UN DÉPISTAGE ARDU

L'un des avantages du constat médico-légal réalisé au sein d'un service médico-judiciaire est l'objectivité. Car le médecin légiste n'a pas à prendre parti, à se laisser déborder par l'impact de violences sur l'une de ses patientes, puisqu'il n'a pas de lien avec la victime. La réquisition obtenue après le dépôt de plainte enlève des obstacles car un médecin sollicité ne pourrait révéler des violences conjugales qui ne figurent pas sur la liste des dérogations au secret professionnel. Le médecin légiste rédige un certificat médical de constatation de violences le plus objectif

et précis possible, observant des lésions présentes mais relatant au conditionnelles faits dont il n'a pas été témoin : « Je soussigné, X, certifie avoir examiné une personne déclarant se nommer X, qui affirme avoir été victime de... Cette personne se plaint ce jour de... Lors de mon examen clinique, je constate... ». Bien sûr, le médecin légiste recherche aussi des violences non exprimées spontanément, voire niées, la victime ne désirent pas inconsciemment se retrouver face à la gravité de la situation.

C'est spécialement dans ce contexte que le dépistage des violences conjugales est particulièrement ardu, des traces traumatiques pouvant aussi, injustement, être attribuées à des violences conjugales.

Il est important d'effectuer avec minutie la datation précise des lésions physiques d'aspect « médico-légal » (ecchymoses, hématomes, contusions, griffures...) retrouvées lors d'un examen clinique systématique. L'emplacement des lésions révèle au médecin la nature des violences : les lésions siègent surtout au niveau du visage, des extrémités, des avant-bras (lésions de défense), des bras (traces d'empoignades), du cou (marques de strangulation), des jambes (coups de pieds). Mais elles peuvent aussi se retrouver sur le cuir chevelu, et sur n'importe quel endroit du corps, surtout chez une victime frappée à terre. « *Je suis tombée dans l'escalier* », « *je me suis cognée dans une porte* ». Trop souvent, des explications incohérentes sont avancées. Au médecin légiste de les saisir et de les critiquer pour que la victime, dont les violences sont comprises, puisse à son tour les

formuler. Impossible d'imaginer l'examen médico-légal d'une victime sans y inclure un temps accordé à l'écoute, d'autant plus important que l'impact psychologique de ces violences est particulièrement traumatique et que le corps peut dire à sa façon ce qui est inavouable pour la victime : des symptômes « fonctionnels », de somatisation, asthénie, céphalées, troubles digestifs, troubles du cycle, lombalgies, des comportements addictifs à l'alcool ou aux stupéfiants, des phénomènes psychosomatiques comme les ulcères gastriques, éruptions dermatologiques ont une signification qu'il faut savoir au moins observer, avant de les analyser et de les décrypter. Il arrive également que des troubles psychiatriques soient au premier plan avec, bien sûr, de l'anxiété, mais également des états dépressifs, ou au contraire des réactions d'hyperactivité stérile, des troubles du sommeil et des tentatives de suicide.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Que ressentez-vous face à ces femmes victimes de violences conjugales qui viennent aux UMJ pour se faire examiner mais ne portent pas plainte contre leur mari violent ?

Je ressens beaucoup d'inquiétude. Examiner une victime de violences conjugales engendre toujours un sentiment d'impuissance. Quand elle quitte l'hôpital, elle se remet en danger. On n'a pas réussi à lui faire comprendre qu'elle pouvait être aidée. Se dire : « Je ne peux rien faire », est peut-être la plus grande crainte de tout médecin. C'est un terrible

désarroi.

Les orientez-vous vers les différentes structures qui s'offrent à elles ?

La particularité sur Compiègne, et sur l'Oise en général, c'est l'existence de protocoles d'accompagnement des femmes victimes de violence. Ils associent les professionnels du judiciaire, de la santé, les associations de femmes victimes qui peuvent les accompagner dans leurs démarches, même si elles ne déposent pas plainte. Ces protocoles traitent de l'aspect social et non judiciaire, ils aident les femmes dans leur vie de tous les jours. Bien entendu, nous les orientons vers les différentes structures avec le soutien des travailleurs sociaux.

Quelle est l'utilité du dépôt de plainte ?

En matière de violences conjugales, la plainte et l'action judiciaire sont une nécessité pour l'auteur comme pour la victime. C'est mon intime conviction. D'une part, pour l'auteur des faits, le « rappel à la loi » est très important. Cela lui permettra de savoir où il en est avec l'acte qu'il a commis et, du point de vue judiciaire, cela permettra de savoir s'il regrette ou non son acte. D'autre part, pour la victime, c'est un début de solution qui s'offre à elle avec une prise en charge médicale et sociale. Si elle ne porte pas plainte, on peut tout de même améliorer sa condition face à ces violences, mais ce ne sont pas des solutions à proprement parler. Certes, on peut apporter à toutes ces femmes un moment de répit, on peut les mettre à l'abri aux urgences pendant quelque temps, mais cela ne va pas résoudre le problème entièrement. Je crois que le dépôt de plainte et la procédure judiciaire, de par leur aspect officiel, notamment par la sanction et le rappel à la loi, constituent le vrai moyen de guérison des problèmes de violences conjugales. Enfin, cela permet à la victime de mettre

un point final à une vie de souffrance, de se faire soigner et d'être entendue. C'est un premier pas vers une vie plus douce.

Y aurait-il une solution pour que ces femmes ne retournent pas chez elles, pour qu'elles ne se remettent pas en danger ?

Beaucoup de solutions peuvent être apportées, notamment l'hébergement social ou d'urgence. Il peut y avoir aussi des accompagnements pour faciliter la recherche de logements. Ces solutions sont complexes à mettre en œuvre car la femme part souvent avec ses enfants. Aujourd'hui, il existe cependant des mesures concernant les maris violents, à condition qu'une plainte ait été déposée au préalable et qu'il y ait eu une décision judiciaire lors du jugement. Mais cette solution d'hébergement social ne peut pas répondre à toute l'étendue des problèmes engendrés par la violence conjugale ; elle ne

prend pas en compte l'aspect financier, par exemple. Souvent, une femme sous l'emprise d'un mari violent n'a aucune ressource car elle ne travaille pas. Et, très vite, la pression économique exercée par l'auteur des faits va devenir très importante. Une femme dans le besoin, et surtout si elle a des enfants, retournera sans doute vivre auprès de son mari, même s'il est violent, car il subviendra aux besoins financiers de sa famille. Mettre en route des procédures, c'est aussi déclencher la machinerie judiciaire avec son lot d'incertitudes et de doutes. Le passage brutal d'une vie pénible - avec une apparence sociale préservée - à un hébergement en foyer d'urgence est une barrière très difficile à franchir.

**EN FRANCE UNE FEMME MEURT SOUS
LES COUPS TOUS LES DEUX JOURS**

Les textes pénaux ont beaucoup évolué depuis trente ans : le viol reconnu comme crime en 1980 est passible de la cour d'assises, le viol conjugal est reconnu et puni par la loi depuis 1994 dans le nouveau code pénal. Pénalement, on considère que si ces actes sont effectués par le conjoint ou le concubin, ils sont reconnus comme circonstance aggravante. Cependant, malgré toutes ces avancées, les urgences médico-judiciaires, la sensibilisation des pouvoirs publics et l'action des délégations aux droits des femmes, ce sujet reste tabou. Il est très difficile de briser le mur du silence qui abrite cette violence à huis clos.

Dans les faits, selon l'enquête du Pr Henrion, deux

millions de femmes sont battues et violentées chaque année, ce qui correspond à quatre cent cinquante appels par jour pour la police nationale. Malgré toute l'attention portée à ce problème, malgré toutes les campagnes, toutes les mobilisations, en 2006, 137 femmes sont mortes de violences conjugales et pas moins de 166 en 2007, soit une femme tous les deux jours en France. Le combat est bien d'actualité ! C'est le plus souvent dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent ces violences physiques, verbales, psychologiques, économiques, sexuelles, sans distinction d'âge, de classe sociale ou d'origine culturelle. C'est pour cela que les victimes arrivent le plus souvent dans les services d'urgences des hôpitaux ouverts 24 heures/24. C'est le premier lieu où les femmes subissant des violences conjugales peuvent venir, et y trouver un accueil, des soins, une sécurité. Un lieu où leur partenaire ne se rendra pas

ou n'osera pas les violenter s'il est toutefois présent. Elles y trouvent un temps de repos, l'anonymat si elles le désirent. Dans les meilleurs cas, qui sont hélas rares, ces services sont liés à des urgences médico-judiciaires également capables de répondre 24 heures/24 et d'aider les médecins urgentistes dans leur prise en charge de ces victimes.

Si les femmes portent des traces de coups sur le visage, telles que des ecchymoses, des plaies nécessitant des points de sutures, des fractures du nez ou des membres, elles invoquent souvent une chute dans l'escalier, ou une chute du haut de l'escabeau alors qu'elles accrochaient le linge pour le faire sécher. La lecture de leur dossier médical révèle de nombreuses visites pour des motifs et des symptômes changeants. En observant leurs attitudes et

comportements (sursauts au moindre bruit, conduites d'évitements diverses), les personnels soignants doivent se poser la question de violences conjugales dissimulées. La démarche de repérage et d'observation de ces situations par les soignants s'inscrit dans une perspective de prévention pour les femmes et pour l'avenir des enfants dans leur vie d'adulte. En effet, quand une victime de violences conjugales se présente aux urgences d'un hôpital, plusieurs scénarios sont possibles : soit elle arrive avec un moyen de secours (police, pompiers) et le fait est connu, les fonctionnaires de police ou de gendarmerie étant intervenus au domicile, soit elle vient d'elle-même, accompagnée ou non, à la consultation pour un motif correspondant ou non aux violences ; soit elle est envoyée par une association pour des soins ou une prise en charge. Quand une femme appelle au secours d'une façon ou d'une autre,

parce qu'elle est victime de violences conjugales de la part de son partenaire, elle demande une aide réelle et immédiate.

Il est très important de développer des moyens adaptés pour y répondre avec efficacité et rapidité. Les soins physiques sont effectués avec douceur et calme. Il faut rassurer, être patient, soutenir dans les moments d'émotion, créer un climat de confiance pour pouvoir être d'une quelconque utilité. Une femme subissant des violences conjugales est, dans la plupart des cas, épuisée par le stress et le manque de sommeil. Après les soins et un temps de repos, un entretien est souhaitable pour connaître les besoins et les attentes de la patiente. Il faut la laisser s'exprimer, répondre à ses questions, calmer ses inquiétudes. C'est le moment de l'aider à comprendre qu'elle est

victime de violence. Pour cela, il faut lui exposer les différents risques qu'elle encourt, lui dire qu'elle est en danger, physique et psychologique, qu'elle n'est pas coupable. Lui certifier qu'elle peut être secourue. À ce stade, le contact avec une unité médico-judiciaire capable de prendre en charge la victime et de faire le lien entre elle et le système judiciaire est primordial. Le soutien du médecin légiste est d'autant plus important que les victimes de ces violences sont souvent seules (30,7 %). Celles-ci déclarent entre trois et quatre fois plus de violences que les autres, dans un contexte de difficultés économiques (13,7 % des femmes victimes sont au chômage. Les plus jeunes (les femmes de 20-24 ans) étant deux fois plus touchées que leurs aînées.

UN RÔLE SOCIAL MAJEUR

Le médecin légiste ou l'accueillant des unités médico-judiciaires expliquera le rôle de la police ou de la gendarmerie pour faire cesser de tels agissements. Un entretien permet d'aider les femmes à comprendre l'importance du dépôt de plainte et de leur expliquer en quoi consiste une procédure judiciaire, et les conséquences qui en résultent (garde à vue, présentation au juge.). Dans de nombreux cas, la prise en charge médico-judiciaire des victimes de violences conjugales, qui est nécessaire, peut sembler laborieuse, déconcertante car l'on sait qu'une victime de violences conjugales, peut consulter entre deux à sept fois avant de porter réellement plainte ou de la maintenir. Aux urgences médico-judiciaires, un climat

de confiance doit s'établir avec le médecin qui va rédiger le rapport pour faire constater les lésions physiques, mais aussi le retentissement psychologique, avant que le rapport médical ne soit rédigé pour la justice. C'est au médecin légiste de l'instaurer. L'ITT établie déterminera l'infraction pénale, même si les violences conjugales en elles-mêmes constituent un délit et sont passibles du tribunal correctionnel. Tous les problèmes restent à résoudre pour la victime, à commencer par l'hébergement. Le rôle du médecin légiste au sein des UMJ est aussi de faire le lien avec les associations qui ont pour objectif de proposer des réponses et des aides appropriées aux femmes vivant une relation violente avec leur partenaire. Autant de situations, autant de problèmes, comme l'hébergement d'urgence, l'hébergement pour les femmes seules démunies ou les lieux d'accueil mère-enfant(s). La

médecine légale voit, dans ces situations, toute l'ampleur d'un rôle social qu'elle ne peut ignorer. Le légiste est le médecin de la violence. À ce titre, il côtoie les violences du quotidien, aussi banales qu'invisibles. Certaines violences justifiant d'une incapacité totale de travail inférieure à huit jours, sont qualifiées de « *délits* » si elles ont été commises « *par plusieurs personnes...* », « *avec préméditation* » ou « *avec usage ou menace d'une arme* », d'après l'article 222-13 du code pénal. Ces éléments d'ordre médico-légal sont une autre justification du rôle du médecin légiste qui sera à même de déterminer si les lésions correspondent bien aux dires de la victime.

Les violences constituent le quotidien des services médico-judiciaires, comme elles sont le lot quotidien des magistrats des parquets des différents tribunaux

de grande instance (TGI), des magistrats des juridictions de proximité et des officiers de police judiciaire (OPJ) de police et de gendarmerie. Lorsque le patient a déjà déposé une plainte devant un officier de police judiciaire ou que les faits ont nécessité l'intervention des fonctionnaires de la police ou de la gendarmerie, l'OPJ qui débute son enquête peut, en vertu de l'article 60 du code pénal, établir une réquisition destinée au médecin légiste lui enjoignant d'examiner la victime et de déterminer l'ITT au sens pénal (utilisation d'une arme ou d'un objet transformé en arme, par exemple). Dans certains cas (blessé en passe d'être opéré voulant déposer plainte, blessé grave), on avertit le commissariat ou la gendarmerie de venir entendre la personne, à sa demande, et de récupérer le rapport médico-légal décrivant les blessures et fixant l'ITT à remettre contre réquisition judiciaire, tout en respectant les obligations du secret

professionnel et ses dérogations. Ce cas de figure idéal, avec un médecin légiste travaillant en coordination avec un service d'accueil des urgences, aux mêmes heures, n'est pas la règle, malheureusement.

L'appareil photo numérique est devenu l'un des instruments du diagnostic d'urgence, tout comme l'échographe et le scanner pour le bilan lésionnel. Cela présente un autre avantage : devant des cas de violences sur des personnes ne pouvant porter plainte car handicapées ou trop âgées, le médecin légiste clinicien peut constater dans l'urgence et répondre aux questionnements de ses collègues hospitaliers. C'est lui qui rappelle la possibilité de signaler aux « (...) *autorités judiciaires, médicales ou administratives des sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été*

infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ». C'est cette dérogation de l'article 226-14 du code pénal qui permet aux soignants de signaler des violences et privations commises sur un adulte ne pouvant plus se protéger seul, soit parce qu'il est une personne âgée dépendante, soit parce qu'il s'agit d'un adulte handicapé physique ou mental. C'est l'usage de cette dérogation qui peut faire, par exemple, que cessent des agressions gratuites et absurdes sur des handicapés mentaux ridiculisés par des coups et filmés sur des portables. Tout simplement parce que le signalement a permis à la police d'être informée de ces faits et de devenir vigilante, et à la Justice de condamner les auteurs de ces actes odieux. Le rapport du médecin légiste, établi en urgence est faxé pour gagner du temps, lors d'une infraction pénale

délictuelle, et va soutenir le procureur de la République, mettre en mouvement l'action publique et déclencher une enquête avec interpellation possible d'une personne pendant un maximum de 48 heures. Très majoritairement, en cas de délit, le procureur de la République peut transmettre le dossier au tribunal correctionnel par un circuit court, celui de la comparution immédiate ou du plaider coupable (92 % des cas) et la victime verra son préjudice réparé, en tout cas au plan pénal.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

On parle aujourd'hui de violences urbaines,

pensez-vous qu'elles sont telles qu'on les décrit dans les médias ?

Avec une expérience de quatorze ans en Seine-Saint-Denis, je pense que la description qu'en font les médias est relativement juste. C'est en recevant les victimes que l'on comprend l'ampleur de ces violences urbaines. On prend la mesure de ce qu'est la vie dans les cités, de la crainte de se faire agresser en passant dans le hall de son immeuble, de la violence et des vexations au quotidien. Je pense que les faits divers relayés par l'actualité ne sont que le reflet de récits de victimes. Il y a effectivement un grave problème de violences urbaines variable selon les communautés, les endroits, les modes de vie. Ce phénomène est en croissance un peu partout et l'on peut se demander si la médiatisation, pour ne pas dire la surmédiatisation, n'incite pas à reproduire cette violence.

Recevez-vous beaucoup de personnes victimes des violences dans la rue ?

Oui. Toujours de par mon expérience en Seine-Saint-Denis, j'ai pu observer que les violences gratuites étaient quotidiennes. Elles ne sont motivées ni par le vol ni par une intention compréhensible. Cela laisse la victime complètement déstabilisée et, de surcroît, la violence se produit souvent en pleine journée, sans motif apparent, pour avoir « ma regardé » ou « mal parlé ». C'est encore plus déstabilisant parce qu'il n'y a pas, pour la victime, d'explication ; elle ne peut pas se dire qu'elle se trouvait fort tardivement dans un endroit réputé « chaud ». Au contraire, c'est dans une rame de métro, en allant au travail ou dans la rue que cette violence surgit. Il y a donc intrusion dans le milieu de vie de la victime, ce qui la laisse encore plus traumatisée.

Qui sont les victimes ?

Ces violences n'atteignent pas une cible désignée. Elles peuvent tout autant s'exercer sur un jeune ou un « bon père de famille ». La victime est de tout âge, de toute race, de toute confession. Il n'y a pas de frontières, mais, malheureusement, il y a quelquefois des agressions racistes entre les différentes ethnies ou groupes confessionnels.

LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Un autre type de violences quotidiennes concerne l'ensemble des agressions au travail. Lorsque l'on évoque le sujet, le harcèlement, moral ou sexuel, vient à l'esprit, avec les effets parfois mortels de ce

qu'on appelle la souffrance au travail. Bien plus prosaïquement, dans la réalité que rencontre le médecin légiste clinicien, les faits divers de violences au travail sont souvent d'origine extérieure. Dans la décennie 1990, le nombre des arrêts de travail dus à des agressions a doublé et le phénomène est devenu suffisamment inquiétant pour susciter un rapport présenté en 1999 par le conseil économique et social, sous le titre « Travail, violences et environnement ».

Lacenaire, célèbre assassin et voleur du xix^e siècle, à jamais immortalisé par Marcel Carné dans *Les enfants du Paradis*, s'était déjà tristement illustré en attaquant une des professions les plus exposées, une de celles impliquant la manipulation d'argent ou de valeurs (caissiers, convoyeurs de fonds, employés de banque ou des postes, commissionnaires, personnel de

sécurité, bijoutiers, receveurs aux péages, etc.). L'attaque du fourgon blindé de *Heat* de Michael Mann ou de *36 Quai des orfèvres* d'Olivier Marchal explique cette permanence dans le choix de victimes à risque. Policiers, gendarmes, policiers municipaux, contrôleurs de transports en commun, contractuelles, militaires, etc. payent un lourd tribut, tout particulièrement dans les quartiers dits « sensibles » ou « zones de non-droit ». Les violences sur des individus travaillant au contact de personnes potentiellement violentes comme les surveillants de prisons, les personnels d'établissements psychiatriques, mais aussi les personnels de l'hôtellerie et de la restauration, confrontés à des clients sous l'effet très indésirable d'une excitation alcoolique, fréquemment doublée d'une autre intoxication comme le cannabis, sont des victimes régulièrement examinées dans les structures médico-

judiciaires. La nouveauté, depuis une vingtaine d'années, a été l'augmentation sans cesse croissante des violences sur des personnels exerçant des métiers en rapport aux soins ou à la formation (infirmiers, médecins, pharmaciens, pompiers, enseignants, etc.) et bon nombre de retentissantes affaires ont marqué l'actualité et nos mémoires.

Il a fallu que la loi pénale s'empare de ce phénomène en indiquant dans le code pénal que les sanctions sont aggravées pour des *violences* commises sur « (...) toute personne dépositaire de l'autorité publique *ou chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur* ».

Quant aux agressions rencontrées, elles sont généralement de trois catégories. D'abord, les violences dites de prédation, comme les vols et rackets. Ensuite, les violences physiques et psychologiques, regroupant les agressions physiques, les menaces, les insultes, communément appelées incivilités. Enfin, les actes de destruction ou de dégradation dirigés non sur les personnes mais sur les biens matériels, sur des locaux ou véhicules, attaquant ainsi la symbolique qu'ils représentent : pouvoir, argent, état, etc. Ces violences, elles, sont bien réelles puisqu'elles peuvent se traduire par des brûlures gravissimes chez le chauffeur d'un autobus enflammé ou par un trauma crânien majeur chez le pompier « caillassé » dans son véhicule en allant porter secours. En face, souvent des agresseurs similaires d'une affaire à l'autre, agresseurs que voit le

médecin légiste chargé de se prononcer sur une compatibilité avec une garde à vue. Des personnalités marquées par une sociopathie ou une personnalité « limite » au sens de la pathologie mentale. Des agresseurs au passé imprégné de violence, souvent sous l'influence de l'alcool et/ou de substances psychotropes au moment des faits. Des hommes et des femmes en proie à des inégalités socio-économiques, au chômage et la précarité, à la difficulté de s'intégrer. Des personnes sous l'influence des médias, des croyances ou des revendications de tout ordre. Enfin, dans ces violences du quotidien, les victimes des accidents de la circulation sont multiples et ne sont pas, dans la plupart des cas, à l'origine de l'accident. Depuis la loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, dite loi Badinter, « *les victimes, hormis*

les conducteurs de véhicules terrestres à moteur, sont indemnisés des dommages résultant des atteintes à leur personne qu'elles ont subies, sans que puisse leur être opposée leur propre faute à l'exception de leur faute inexcusable si elle a été la cause exclusive de l'accident ». L'utilité du légiste, cette fois-ci, dans son rôle d'évaluation du dommage corporel, a encore été soulignée.

Je suis convaincu que le recours au médecin légiste est nécessaire et capital dans ces cas, avec des ITT importantes, des pronostics vitaux engagés, souvent. Cette loi s'applique aussi dans le cas où l'accident constitue un délit routier, prévu par la justice pénale, comme les accidents avec délit de fuite, accidents sous l'emprise alcoolique (art L 324 du code de la Route) et de stupéfiants (article L. 235 du code de la Route), accidents au-delà des vitesses autorisées.

Autant de cas où le médecin légiste interviendra, au sein des urgences médico-judiciaires, si la structure dispose de ces moyens précieux ! Autant de cas où il manquera, pour des affaires où son rôle a toute son utilité et son importance, même si ces faits divers semblent si banals aux automobilistes que nous sommes pour la plupart d'entre nous. Comment ne pas se réjouir, plus de vingt ans après la loi Badinter, que la politique de la route se soit préoccupée, en priorité, de diminuer le nombre de victimes, avec le succès que l'on connaît, dans un pays qui détenait de tristes records d'insécurité routière ! Voir moins de victimes, quel que soit le phénomène de violence qui les a concernées, c'est le souhait le plus cher des médecins. Légistes ou non.

LES VIOLENCES ET MALTRAITANCES SUR LES MINEURS

Depuis Ambroise Tardieu qui, au milieu du XIX^e siècle, donna son nom au syndrome des enfants battus, l'examen et le constat des lésions de violences ou de maltraitances sur les mineurs constituent des activités quotidiennes pour les médecins légistes

cliniciens. Ils participent à la prise en charge en urgence des mineurs, assurée par les services de pédiatrie pour les soins et l'hospitalisation. Car les violences chez des mineurs, notamment très jeunes, telles que les maltraitances par carences de soins ou alimentaires, ne posent pas uniquement des problèmes de diagnostic et de traitement aux médecins et au personnel soignant. La prise en charge médico-légale, le suivi social et judiciaire, les actions de prévention, les procédures de signalement, les règles selon lesquelles on rédige les certificats médico-légaux, la nécessité de l'apport des preuves doivent être parfaitement maîtrisés de ceux qui accueillent les jeunes victimes de violences ou de maltraitances. Le médecin légiste connaît la procédure et sait judicieusement conseiller les pédiatres pour qu'ils protègent efficacement l'enfant.

L'importance des violences sur les mineurs ne cesse de croître. Une note de la Direction centrale de la sécurité publique (police), datée du 13 mars 2008, donne une idée précise des faits recensés en France en 2007 par les 80 000 policiers sous les ordres de cette DCSP (excluant les affaires sur les zones dont la gendarmerie a la charge). Dans un chapitre consacré aux « mineurs victimes », l'on dénombre trente-sept victimes d'homicides volontaires dont trente-deux intrafamiliaux. Concernant les violences, 4 091 cas ont été relevés dont 10 ayant entraîné la mort des mineurs. Des violences importantes chez 1 679 mineurs ont été commises avec pour conséquence une incapacité totale de travail, au sens pénal, de plus de huit jours, parmi lesquelles 353 cas de violences graves intrafamiliales.

2 951 VIOLS SUR MINEURS RECENSÉS EN 2007

Une large part des violences sur mineurs concerne les violences sexuelles avec, en 2007, 2 951 viols sur mineurs recensés par la police, dont 1 202 intrafamiliaux, et 6 205 agressions sexuelles dont 2 121 intrafamiliales. Et l'on ne parle ici que des cas répertoriés, avec une plainte ; ceux pour lesquels le médecin légiste est sollicité. Les mutilations sexuelles s'ajoutent à ces violences sexuelles avec quarante cas d'excisions dénombrés, chez des petites filles originaires d'Afrique noire, d'Égypte et du Soudan ou de la péninsule Arabique. En ce qui concerne les

violences scolaires, plus de 2 000 élèves ont été victimes de racket et 764 viols, attentats à la pudeur et agressions sexuelles, dont plus de 65 % commis dans les établissements scolaires. Mais les mineurs ne sont pas que victimes. Parmi les auteurs, plus de 89 % sont mineurs et en majorité des garçons de treize/seize ans, avec 32 % des rackets dans les établissements scolaires. 49 % se déroulent aux abords des écoles et lycées, le reste dans les transports scolaires. Ces mêmes mineurs ont été la cible de pas moins de 209 faits de « *violences volontaires avec arme ou ayant entraîné une interruption totale de travail supérieure à huit jours* » contre des personnels de l'Éducation nationale.

Certaines affaires retentissantes ont marqué l'actualité, comme le jugement devant la cour

d'assises de l'Essonne, fin février 2008, de Kavéni Wansale, qui avait poignardé sa professeur d'arts plastiques en plein cours. L'histoire est devenue le symbole de la crise des violences scolaires. Malgré l'accent mis sur le fléau, en 2007, 1 122 violences volontaires avec ITT pénale inférieure à huit jours ont été par ailleurs enregistrées contre les personnels de l'éducation. Une fois que l'on a pris conscience de l'importance et de la variété du phénomène de la violence envers les mineurs, il faut insister sur la notion de gravité particulière des lésions et des privations sur les enfants et adolescents de moins de quinze ans ; ils sont considérés, par la loi pénale, comme particulièrement vulnérables.

De nombreuses raisons sont invoquées pour expliquer les violences et maltraitances sur des enfants, en

particulier sur les très jeunes : naissances non désirées, couples séparés, enfants nés d'un des parents avant de construire une famille recomposée, chômage, alcoolisme, toxicomanie, retard psychomoteur d'un enfant, antécédent de maltraitance des parents dans leur enfance. Le plus choquant, c'est sans doute que ces violences et maltraitances, excepté les violences scolaires ou urbaines, sont surtout constatées sur des individus de moins de six ans (plus de trois quarts des cas), c'est-à-dire avant l'âge de la scolarisation primaire.

LA LOI DU SILENCE

Dans les familles, les violences et/ou maltraitements vont concerner souvent un seul enfant, les autres frères et sœurs étant traités normalement. Ce qui apparaît surtout, c'est que les sévices à enfants sont très souvent récidivants ; leur découverte est bien souvent accidentelle (un témoin des faits inattendu, un examen médical pour un tout autre motif...). Le silence de l'enfant sur les faits commis par son propre entourage n'a rien d'étonnant : trop jeune pour s'exprimer ou pour avoir la simple idée de l'« anormalité » de ces actes. Plus tard, l'enfant a autour de lui des enseignants ou des petits camarades auxquels il pourrait se confier. Mais il se tait car les auteurs sont ses parents ou ceux qu'il aime. L'on retrouve ce paradoxe dans les violences conjugales ou les violences sur personnes âgées. C'est pour cela que la parole de l'enfant est portée, lorsque c'est nécessaire, par tout professionnel de santé, qui veut

faire un signalement pour relayer les propos de l'enfant, signalement qui permet de déroger au principe du secret professionnel et, pour les médecins, à celui du secret médical, l'un des piliers du serment d'Hippocrate. L'enfant ne se positionne pas en victime. Comment un nourrisson pourrait-il se présenter en tant que tel même s'il est en pleine souffrance ? Le rôle des médecins est d'être attentif. Le repérage s'appuie sur des éléments qui éveillent le doute : discordance entre les lésions constatées et les causes avancées par l'entourage, parents consultant des médecins différents, délai important entre la survenue des lésions et la première consultation médicale, présence pesante des parents lors de la consultation ou des soins. Des consultations aux urgences, motivées en apparence par des problèmes mineurs, peuvent être interprétées comme un appel de la part de l'auteur des sévices ou de l'entourage

immédiat qui n'ose cependant pas révéler la situation familiale.

FAUSSES ALLÉGATIONS DES PARENTS OU TUTEURS

Le premier temps est toujours consacré à l'examen clinique attentif, tant de la part du personnel infirmier que de la part des médecins. Bien entendu, si des examens complémentaires, radiologiques par exemple, sont nécessaires, le jeune enfant ou le nourrisson devra être gardé de manière à éviter de le laisser ressortir avec un bilan incomplet et à bénéficier du temps indispensable pour se prononcer

sur la réalité des violences exercées sur lui. L'hospitalisation, même brève, permet de réaliser un bilan complémentaire suite à un dépistage de violences ou spécifiquement pour des soins si l'état de l'enfant est grave ou nécessite un acte chirurgical.

Dans de nombreux cas, les parents ou les tuteurs, qui donnent une explication purement accidentelle aux lésions, acceptent l'hospitalisation de l'enfant pour une mise en observation ; le motif donné par le pédiatre peut rester vague. Cette hospitalisation permet une étude plus attentive et plus approfondie du cas de l'enfant et la réalisation de tous les examens complémentaires utiles. Il faut ajouter les cas d'enfants victimes de violences sexuelles, principalement dans leur milieu familial ou de vie.

Dans certains cas graves ou devant un refus des parents de laisser l'enfant à l'hôpital, une mesure d'hospitalisation pour protection du mineur est nécessaire. L'autorité sur l'enfant est alors retirée aux parents ou tuteurs et déléguée à l'hôpital par une mesure d'*ordonnance de placement provisoire* (OPP). Tout serait si simple si l'enfant se saisissait du téléphone pour appeler le 119 *Allô enfance en danger*, censé apporter des solutions à tous ses problèmes. Ce qui est loin d'être le cas, bien évidemment ! Pour les médecins légistes au contact de la *vraie* vie, la présentation clinique du mineur victime est très variable. L'on rencontre toujours des enfants victimes de sévices, sales, négligés, voire dénutris, ou avec un retard staturo-pondéral qu'il faut penser à évaluer par la courbe de taille et de poids lorsqu'ils entrent en hospitalisation pour un problème médical de

nutrition, d'anémie ou d'infection. Les carences en hygiène s'observent aussi souvent chez le nourrisson trop peu changé par des parents débordés ou incapables de s'en occuper ou chez l'enfant victime de brimades, notamment s'il a quelques épisodes d'énurésie nocturne. Il n'est pas rare que les enfants battus soient d'abord examinés par un pédopsychologue en raison de troubles du comportement. Le jeune peut être craintif, triste, apathique devant le soignant, ou bien agité, nerveux, voire agressif, ne tenant pas en place ou au contraire presque trop affectueux.

Dans tous les cas, quelle que soit la raison de la consultation aux urgences, l'examen clinique de l'enfant battu ou maltraité a toujours plus de valeur que les propos recueillis. Que dire des fausses

allégations des parents-auteurs ? Et du silence du nourrisson ou du babillage incompréhensible de l'enfant trop petit pour s'exprimer ?

QUAND L'ENFANT N'A PAS ENCORE ACCÈS À LA PAROLE, TOUT SON CORPS PARLE

L'examen clinique de l'enfant suspect de sévices est donc la première étape médico-légale et doit être très minutieux avec des schémas descriptifs et, au besoin, des photographies pour appuyer la description. Au mieux, il est exercé par le médecin pédiatre qui émet un doute devant l'enfant reçu en urgence et par le

médecin légiste clinicien, intervenant également en urgence. Ainsi, l'on ne risque pas de confondre une tache mélanique des enfants asiatiques ou originaires des Caraïbes et une ecchymose. Pas de doute sur la nature d'une lésion entre une lésion de défense ou de jeu. Pas de risque de confondre un trait de croissance osseuse et un trait de fracture sur des os bien loin d'être totalement ossifiés.

Les lésions cutanées et muqueuses, par exemple, peuvent être des lésions associées à une des dermatoses de l'enfance, mais elles sont souvent révélatrices de négligence, de manque de soins (irritations locales, crasse sur la peau, lésions de grattage, présence éventuelle de parasites, érythème fessier surinfecté...). Le médecin légiste s'intéresse à la datation et à la nature des lésions. Des ecchymoses

peuvent dessiner l’empreinte de l’objet qui les a causées (lanière, ceinture, bâton). Il peut rencontrer des traces de griffures, des empreintes de morsures humaines ou animales, des cicatrices de brûlures (cigarettes, fer à repasser, eau bouillante...), des plages d’alopécie traumatique du cuir chevelu. Ces lésions sont évocatrices de faits non accidentels lorsqu’elles sont multiples, situées à des endroits peu accessibles par l’enfant (milieu du dos), hors des zones de chute accidentelles du jeune enfant (coudes, genoux...) ou sur les régions de défense (avant-bras...).

Que demande-t-on au médecin légiste ? De différencier des lésions attribuées à la chute d’un enfant turbulent dit « hyperdynamique », et des lésions de violences sur un mineur ; celles-ci peuvent

être dentaires (fractures, descellement, fissurations...), nasales (fractures, déviation, lésions de la cloison...), ophtalmologiques (hématomes, suffusions, atteintes rétiniennes...), liées à des coups directs à la face de l'enfant ou auriculaires (traumatismes du tympan, perforations par l'effet de « blast », des gifles violentes). Puisque tout le corps de l'enfant parle, surtout quand l'enfant n'a pas encore accès à la parole, le bilan lésionnel se doit d'être complet.

Chez l'adulte conscient, les plaintes orientent le bilan complémentaire vers tel ou tel endroit.

En revanche, chez le mineur, l'examen radiologique du squelette entier et une scintigraphie osseuse à la recherche de lésions osseuses d'origine traumatique

sur un tissu osseux en cours de construction est indispensable. Le syndrome radiologique osseux des enfants battus peut comprendre des fractures anciennes négligées d'âges différents, des lésions (arrachements lors des torsions des membres), des décollements de la gaine osseuse avec hématome sous-périosté, des fractures costales ou du crâne isolées ou associées à un hématome sous-dural. N'oublions pas les arrêts linéaires d'ossification qui surviennent chez les jeunes victimes de réelles carences alimentaires. Ces lésions osseuses sont celles que le pédiatre, comme le radiologue et le médecin légiste, ne doivent pas manquer, au risque de remettre l'enfant dans un milieu à risque pour sa survie, tant son existence est fragile, surtout s'il est tout petit. L'association des trois avis pratiquée dans le service est une sécurité supplémentaire pour l'enfant. C'est aussi une triple garantie pour le magistrat qui

poursuivra, à l'issue du signalement, si aucune plainte n'a été déposée, ou de la remise du rapport demandé par les autorités judiciaires au médecin légiste, devant une maltraitance ou des violences à mineur fortement suspectées.

Actuellement, toutes les ressources d'imagerie doivent être sollicitées. La tomодensitométrie crânienne et les échographies viscérales fournissent une aide précieuse et sont des compléments nécessaires pour visualiser des lésions internes, telles que des ruptures de rate, de foie, des hématomes rénaux, des épanchements thoraciques. La tomодensitométrie crânienne, le scanner pour le commun des mortels, permet, avec la technologie hélicoïdale multibarrettes, d'obtenir des images en coupe en trois dimensions, reconstituables en 3 D,

dont l'apport médico-légal est au moins égal à celui de la radiologie conventionnelle dans les années 1950.

Pour le petit enfant, le nouveau-né et le nourrisson, les lésions cérébrales telles que les lésions axonales diffuses et les lésions intra-crâniennes, les hématomes extra-duraux - entre la boîte crânienne et la dure-mère qui enveloppe le cerveau - ou sous-duraux - entre la dure-mère et le cerveau lui-même - ont des conséquences gravissimes au plan neurologique. Elles mettent en péril la survie de l'enfant. Les hématomes sous-duraux peuvent être la cause de mortalité la plus fréquente des enfants battus au cours de la première année. Les violences, les traumatismes non accidentels représenteraient environ un quart des traumatismes crâniens du jeune enfant ; ils sont d'une

extrême sévérité. Occasionnées par des décélérations brusques, par le secouage violent d'un nourrisson, par des traumatismes crâniens, les lésions axonales diffuses, touchant les axones des neurones du cerveau, sont révélées par l'Imagerie par résonance magnétique (IRM). Elles vont se traduire, souvent à distance, par des troubles sérieux de la vision, de l'intelligence. Leur gravité s'explique simplement. Entre un adulte qui pèse soixante-dix kilos et un enfant qui en pèse sept, le différentiel de poids, et donc de force possible, est de 10. Entre un adulte qui pèse cent kilos et un enfant qui en pèse cinq, le différentiel de poids, et donc de force possible, est de 20. Que pourrait-il bien arriver à un homme de soixante-dix kilos frappé par un autre qui en pèserait sept cents (différentiel 10) ? Que pourrait-il bien arriver à celui de cent kilos frappé par un autre qui pèserait deux tonnes (différentiel 20) ? Rien de plus et

rien de moins que le piéton fauché par un 4 x 4 roulant à bonne vitesse !

On comprend mieux ainsi les risques des violences sur les très jeunes mineurs et les nourrissons.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Quels genres de maltraitements sur mineurs rencontrez-vous aux UMJ ?

Les services de pédiatrie font souvent appel au médecin légiste lorsque les maltraitements sont importantes. Certaines violences

physiques ont des conséquences très importantes, notamment chez les tout-petits. Nous voyons des traumatismes crâniens, des syndromes d'enfants secoués qui laisseront des séquelles. On les rencontre aussi dans les cas de maltraitements physiques par carences de soins ou carences alimentaires avec des enfants qui se trouvent dans un état de dénutrition avancé, de délaissement ou de carences de développement notables. Nous les voyons aussi lorsqu'il s'agit d'agressions sexuelles très sérieuses. Les cas sont multiples. Il y a aussi un grand nombre d'adolescents et de préadolescents qui arrivent avec des troubles psychiatriques et font des tentatives de suicide, avec des troubles du comportement ; ils ont une conduite addictive destructrice et très précoce. C'est ainsi que les états de délinquance et de violence se développent.

Selon vous, le milieu influe-t-il sur les violences envers les mineurs ?

Selon le milieu social, il y a des formes de violence différentes. Les violences physiques sont plus courantes dans les milieux sociaux peu favorisés. Dans les couches sociales plus élevées, les violences sont d'une autre nature : brimades, violences psychologiques... Elles peuvent avoir le même effet à long terme. En revanche, il n'y a pas de différence entre les couches sociales lorsqu'il s'agit d'agressions sexuelles.

Pensez-vous que les proches jouent un rôle dans ces violences ?

Souvent, dans ce genre de maltraitances, les proches jouent un rôle certain... par leur absence. Dans ce cas, les violences sur mineurs ne vont pas être directement perpétrées par les parents mais plutôt par l'entourage, par un adulte très proche ; il peut s'agir d'un oncle, d'un grand-père, ou du nouveau concubin de la mère. Ces violences deviennent plus faciles lorsque

l'environnement familial est plus « lâche ». Une mère célibataire qui a plusieurs compagnons ; un enfant qui se trouve en famille d'accueil. À ce moment-là, le risque qui menace l'enfant devient plus important. Il y a une facilitation de ces violences parce que le rôle protecteur de la cellule familiale n'est alors pas assez solide.

Les mineurs sont des proies faciles. Pensez-vous qu'il faudrait plus de sensibilisation à l'égard des enfants ?

En effet, il faut toujours une sensibilisation à l'égard des enfants. Ambroise Tardieu a très bien décrit le syndrome des enfants battus. Longtemps, on a pensé que ces violences sur les mineurs allaient disparaître d'elles-mêmes. À l'époque, on en parlait moins. Aujourd'hui, il y a une nette avancée législative concernant les mesures de protection de l'enfance.

On est d'ailleurs en pleine discussion à l'échelle européenne à propos de la fessée. Sera-t-elle considérée comme une maltraitance, et donc, comme un délit ? Dans tous les cas, les mentalités ont évolué. Il y a belle lurette qu'on ne fouette plus l'enfant à coups de martinet ! Beaucoup de très jeunes parents âgés de seize à dix-huit ans sont désorientés à la naissance de leur premier enfant. Dans certains cas, ce manque d'assurance et d'expérience peut s'accompagner de phénomènes de violence.

Lors d'une consultation, quel est votre rôle vis-à-vis de l'enfant ? Vous pose-t-il des questions ?

Lors des consultations, je facilite toujours la communication. Il faut que l'enfant puisse poser des questions et s'exprimer. Le premier rôle du médecin légiste est d'établir le dialogue par l'entente et la confiance. L'enfant fera attention à tout, et au comportement que l'on a vis-à-vis de lui. Il faut lui expliquer

qu'il est entendu. On le considère. On l'entend. On le rassure. L'hôpital et la blouse blanche peuvent lui faire peur. Le cadre peut parfois être impressionnant mais si on lui parle pendant la consultation et qu'on lui dit qu'on est là pour l'écouter et le soigner, il réagira certainement mieux. Parallèlement, il faut aussi qu'il sache à qui il a affaire et qui est son bon interlocuteur. Et, au fur et à mesure, avec la confiance, il va commencer à parler avec ses mots à lui. Quand je lui pose des questions, je le laisse répondre mais je ne l'oblige pas à répondre. S'il n'en a pas envie, j'essaie de reformuler ma question. Il est libre de sa parole. Cela doit être un échange. Lorsqu'il a des interrogations, je fais tout pour y répondre clairement.

Comment les parents réagissent-ils ? Sont-ils inquiets ?

L'important est de ne jamais se substituer aux parents. On les rassure sur les conséquences physiques et générales de l'existence d'une lésion ou d'une fracture. Le mécanisme de communication permet de voir les critères psycho-légaux qui peuvent être retenus contre les parents. Cela se fait dans la plus grande discrétion et c'est là tout le rôle du médecin légiste qui est un auxiliaire de justice lorsqu'il est requis. Il doit avoir cette notion du secret médical et judiciaire et ne révéler que le strict nécessaire pour la protection de la santé de l'enfant, en dehors de l'interprétation, de la nature de tous les autres éléments. Il faut essayer de donner toutes les informations. Et c'est pour cela que l'examen médico-légal revêt cette importance. Le magistrat va poser des questions sur la nature des lésions, sur la force exercée, sur le fait que le coup a pu être donné par un homme ou par une femme, sur le fait qu'un objet a pu être utilisé contre l'enfant, ou sur la durée d'une maltraitance par carence alimentaire ou de soins. Dans les unités bien organisées, chacun a un rôle bien défini.

Le pédiatre aura celui d'interlocuteur avec les parents pour parler de santé ; il restera discret sur le mécanisme des lésions. Le médecin légiste, lui, s'en tiendra aux critères médico-légaux, pour communiquer les informations nécessaires au magistrat et ainsi permettre de mieux protéger l'enfant. À ce moment-là, le magistrat, le pédiatre et le médecin légiste se retrouvent associés, animés d'une même volonté : appliquer les mesures de protection de l'enfance.

Y a-t-il beaucoup de maltraitances sur mineurs ?

Ce n'est pas notre lot quotidien mais plutôt pluri-hebdomadaire dans un hôpital où il y a des services de pédiatrie importants. Ces maltraitances concernent les mineurs de tous âges, y compris les adolescents et préadolescents. Leur révélation est plus importante quand les mineurs sont vus par d'autres personnes que les proches, c'est-à-dire dans les

périodes scolaires où le rôle de dépistage assumé par le personnel des crèches, écoles et collèges est évident.

Lorsqu'un divorce éclate, faut-il se méfier des faux témoignages qui dressent les membres du couple l'un contre l'autre ?

Oui, c'est le syndrome Kramer contre Kramer. On le rencontre très fréquemment. Le médecin légiste n'est pas le médecin traitant ni le pédiatre de l'enfant. Il doit donc avoir une vision judiciaire et objective des faits. Ce genre de comportement a lieu lorsque l'un des deux souhaite faire du mal à l'autre, ou lorsque le père ou la mère a une crainte réelle qui le (la) pousse à porter plainte. Ce n'est pas forcément une démarche purement intentionnelle mais des analyses exagérées vont être utilisées comme faux arguments dans des divorces difficiles ou des droits de garde de l'enfant.

On se méfie toujours de ces situations. C'est pour cela qu'on a recours au médecin légiste, pour aider notamment le juge des Affaires familiales ou le juge des Mineurs.

LE BILAN DE MALTRAITANCES DU JEUNE MINEUR S'EFFECTUE EN MILIEU HOSPITALIER

Si le diagnostic de maltraitance est très souvent étayé essentiellement par les radiographies du squelette, une scintigraphie osseuse peut aussi rendre de grands services diagnostiques : avec une irradiation moindre, utile chez le très jeune enfant, elle montre un certain nombre de sites fracturés, notamment au niveau des

côtes. Elle a aussi ses limites, comme le risque de faux négatif chez les enfants de moins de trois mois où il est impossible de retrouver des fractures du crâne. Il est important de confronter l'apport de l'imagerie à la discrimination clinique que va avoir le médecin légiste ou le pédiatre expérimenté. Il faut savoir se laisser le temps utile pour compléter les examens et surtout pour s'assurer de la lecture et de l'interprétation par un radiologue confirmé. C'est pour cela que le bilan de violences et de maltraitances chez le mineur, en particulier chez le jeune mineur, ne se conçoit pas en dehors du cadre d'une hospitalisation, même de courte durée. Celle-ci est indispensable pour les bilans, mais encore plus pour l'observation physique, psychologique et comportementale de l'enfant. Car elles sont bien ténues et bien originales, ces lésions de l'enfant. Ne parlons que des fractures qui peuvent être très

discrètes cliniquement, sans tuméfaction ni contusion, et pourtant hautement évocatrices de sévices. Des mécanismes de torsion (le bras du nourrisson tordu pour lui faire enfiler un vêtement) peuvent entraîner des saignements du périoste de n'importe quel os long, sans signes de contusion. Les fractures plus classiques du tronc de l'os long, la diaphyse, prennent l'aspect de fractures en spirale, vrillées, notamment de l'humérus. Chez les tout petits, elles sont liées à des mécanismes de torsion et d'étirement. Que dire des fractures de côtes si fréquentes dans les cas de sévices sur mineurs puisqu'elles se retrouvent chez environ 25 % des enfants qui en sont victimes, généralement avant l'âge de deux ans. Le diagnostic n'est fait radiologiquement qu'une fois le cal formé au moins huit jours après le traumatisme. Combien de fois la bronchiolite du nourrisson ou la bronchite hivernale

du jeune asthmatique vont-elles dévoiler des lésions plus anciennes de traumatismes passés inaperçus, parce qu'on va réaliser, à cette occasion, un cliché thoracique ?

Mais le très jeune mineur, s'il peut risquer des violences, est exposé à bien d'autres dangers. Dès son plus jeune âge, il dépend de ses parents pour boire, manger, se reposer, être lavé, vêtu, protégé des intempéries. L'actualité estivale apporte son lot d'enfants morts de déshydratation et d'hyperthermie parce qu'on les avait laissés - comment est-ce possible ? - dans des voitures exposées au soleil ! L'été 2008, pourtant moyennement ensoleillé, a été particulièrement meurtrier. C'est pour cela que, lors d'une hospitalisation, des examens biologiques vont principalement essayer de mettre en évidence une

carence traduite par des anomalies de la formule sanguine, comme une anémie ou de l'ionogramme sanguin, par un bilan nutritionnel anormal, ou une infection liée à une carence en hygiène.

MATTHIAS, TROIS MOIS ET UNE ITT DE VINGT JOURS

Matthias est un nourrisson de trois mois. Ses parents, soucieux, l'accompagnent aux urgences d'un centre hospitalier parce que leur enfant a convulsé. Il n'est pas fébrile bien que l'on soit en hiver. À l'examen, le pédiatre, inquiet d'un épisode infectieux associé, va réaliser une radiographie du thorax. Parce que l'on est en saison hivernale et parce qu'il

s'agit d'un nourrisson, la radio peut laisser supposer une bronchiolite. Mais l'on retrouve des fractures sur sept côtes à droite, fractures siégeant sur des cals osseux, eux-mêmes témoins de fractures plus anciennes sur ses côtes. Pour ne pas éveiller les soupçons des parents, on leur explique qu'il est nécessaire de garder l'enfant sous surveillance hospitalière. Ils se laissent convaincre car la convulsion les a beaucoup effrayés. Les deux jeunes parents semblent très démunis devant l'état du nourrisson que visiblement ils ne savent pas prendre en charge. Le bilan recherche évidemment d'autres lésions, et notamment des lésions intracérébrales. Le scanner va montrer un élargissement des espaces liquidiens dans le cerveau. Une imagerie en résonance magnétique du cerveau va indiquer des petites hémorragies méningées sur les deux lobes frontaux et sur le lobe pariétal gauche. Un examen ophtalmologique va également révéler des hémorragies rétiniennes diffuses sur l'ensemble de la rétine. Interrogés sur l'existence d'ecchymoses sur le thorax du nourrisson de trois mois, les parents ne

fournissent pas d'explications ; ils mentionnent simplement la difficulté à habiller l'enfant, qui a peut-être occasionné des gestes brusques de leur part. Appelé pour constater ces lésions et procéder au bilan, le médecin légiste va noter la présence de lésions intracrâniennes à type d'hémorragie méningée qui évoquent un syndrome de l'enfant secoué. Il s'agit, d'après les caractéristiques d'imagerie, de lésions semi-anciennes, datant de deux semaines environ, mais il existe également des lésions de fractures des côtes, constituant un volet costal qui gêne la respiration, témoignant de fractures anciennes qui ont eu le temps de constituer des cals osseux. Enfin, des lésions des côtes plus récentes correspondant toutes à des lésions de violence d'âges différents exercées avec une force initiale notable, seule capable d'occasionner de tels dégâts. Des mécanismes multiples sont évoqués. Pour certaines de ces lésions, une chute brutale d'une assez grande hauteur, ou un écrasement par un poids important. Pour d'autres, des lésions intracostales évoquant le syndrome de l'enfant secoué avec une

datation de quelques semaines. Enfin, d'autres lésions thoraciques alléguant des prises en force ou des lésions traumatiques plus légères. Pour ce nourrisson particulièrement fragile, une incapacité totale de travail de vingt jours est fixée sous réserve de complications neurologiques.

Les parents, interrogés par les officiers de police judiciaire, vont essayer de trouver des explications accidentelles à ces faits pour se disculper, en vain. L'enfant est protégé et mis en nourrice dans une famille d'accueil. L'autorité parentale est retirée aux jeunes parents incapables d'élever cet enfant. Sans doute sont-ils excédés par les cris du bébé ou par le rythme accéléré depuis la naissance de leur enfant et qui ne correspond pas à leur mode de vie. Matthias est maintenant à l'abri. Sain et sauf. Plus tard, bien plus tard, lui seul pourra juger des conséquences neurologiques provoquées par ces violences subies alors qu'il venait tout juste d'ouvrir les yeux à la vie.

DES SANCTIONS PÉNALES SÉVÈRES POUR LES VICTIMES DE MOINS DE QUINZE ANS

La loi pénale française a pris des mesures de protection particulières pour les mineurs de quinze ans (c'est-à-dire âgés de moins de quinze ans) et des mesures de répression renforcées contre les auteurs de sévices sur ces mineurs. C'est le rôle du médecin légiste d'aider à la mise en application de ces lois et donc de contribuer à protéger les enfants en danger, sur le terrain où il les rencontre. Les sanctions pénales sont particulièrement sévères. Par exemple, pour des

coups volontairement portés sur un enfant ou un adolescent âgé de moins de quinze ans, occasionnant une *Incapacité totale de travail* (c'est-à-dire la gêne totale pour toutes les activités courantes de l'enfant : se lever, manger, s'habiller, jouer, dormir, selon son âge...), les peines sont doublées lorsque l'auteur des faits est un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou toute personne ayant autorité sur le mineur.

On voit bien que la capacité du médecin légiste clinicien à déterminer les durées d'incapacité totale de travail, au sens pénal, pouvant donc s'appliquer à des personnes qui ne travaillent pas, tels que les enfants, a toute son utilité dans ce cas. Encore faut-il que les autorités de justice, de police ou de gendarmerie soient saisies de ces cas. C'est alors que peut être utilisée la possibilité qu'ont les

professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) de signaler des violences restées ignorées, lorsque les victimes ne sont pas en mesure de le faire elles-mêmes, soit aux autorités médicales ou administratives, soit aux autorités judiciaires. Ces signalements sont possibles sans enfreindre le secret professionnel car le code pénal indique au sujet des dérogations au secret professionnel (article 226-14 C.P.) que celui-ci « (...) n'est pas applicable : à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique (...) ».

Il existe aussi, en quelque sorte, une procédure

d'urgence quand le constat des faits graves ou engageant la vie du mineur ne souffre aucune discussion (viol, mutilations, traumatismes majeurs...). Il justifie le signalement immédiat au procureur de la République ou à l'un de ses substituts au tribunal de grande instance. La procédure habituelle est un entretien téléphonique direct, suivi d'un certificat médical descriptif ou d'un rapport du médecin légiste adressé par fax. Dans ce cas (présomption forte), au vu du certificat médical, une ordonnance de placement provisoire (OPP) est prise par le magistrat de permanence, l'enfant étant confié à l'hôpital pour la prise en charge des soins nécessités par son état, ou pour le protéger en attendant les résultats de l'enquête et le jugement définitif (placement en famille d'accueil...). Le jeune peut aussi être confié aux services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

À l'inverse, dans des cas où le doute subsiste quant à l'aspect intentionnel d'une violence, le signalement doit être plutôt fait à l'Aide sociale à l'enfance, compétente au siège du conseil général, pour la prévention de mauvais traitements en application des lois de décentralisation et de la loi du 10 juillet 1989. À la réception d'un document signé et daté décrivant les éléments faisant craindre l'éventualité de mauvais traitements, une enquête est diligentée par l'ASE pour savoir si l'intervention semble suffisante, pour que ces faits ne se reproduisent pas ou, si elle est manifestement insuffisante, nécessitent d'en aviser l'autorité judiciaire. Dans ces deux cas, l'avis du médecin légiste avant la plainte pénale formulée prend tout son intérêt. C'est sur la qualité de la constatation médico-légale que le magistrat peut

reposer sa décision si importante pour la protection immédiate de l'enfant et plus encore pour sa vie future.

BENJAMIN ÉCHAPPE IN EXTREMIS À LA VIOLENCE ORDINAIRE

Un soir, Benjamin est admis aux urgences de pédiatrie du centre hospitalier pour des vomissements alimentaires et une perte de poids que sa mère n'explique pas. C'est effectivement un nourrisson de cinq mois bien fatigué alors qu'il a tout pour être en pleine forme. Le pédiatre est immédiatement surpris par une petite lésion à l'œil gauche. Toute petite et très discrète, mais pourtant si nette sur la conjonctive. Un examen

détaillé retrouve, outre cette lésion qui se distingue bien sur le blanc de l'œil de l'enfant, quelques petites lésions sur la face à gauche, quelques abrasions sur l'abdomen. Souvent laissé aux bons soins de son papa qui travaille de nuit comme vigile, le bébé ne voit pas beaucoup sa maman qui s'absente dans la journée pour aller travailler. Celle-ci ne s'inquiète nullement devant ce petit garçon si malade, qui ne se nourrit plus et vomit. Elle est sincèrement désolée... c'est son premier enfant.

Pourtant, elle l'avait déjà amené dans un autre hôpital parce qu'il vomissait et dormait beaucoup. Le pédiatre avait trouvé une fontanelle un peu bombante et avait proposé une observation. Une surveillance. Sans aller guère plus loin. Il est vrai que l'on était en période d'infections virales et que toute l'attention requise n'avait peut-être pas été entièrement donnée à ce petit enfant. Ce soir, dans le service d'urgence d'un autre centre hospitalier, le pédiatre prend le temps. Et

décide de garder l'enfant. Il va réaliser une imagerie cérébrale pour comprendre ses troubles de conscience, ses troubles oculaires et ses vomissements. Et s'il s'agissait tout simplement d'un enfant victime de violences ? Il fait part de ses doutes au médecin légiste ; un bilan complet est effectué, associant une imagerie scanner cérébrale et une imagerie IRM. Le scanner retrouve un hématome sous-dural expliquant les complications neurologiques, les vomissements, la perte de conscience de l'enfant. Une imagerie par résonance magnétique confirme cette hémorragie sous-durale, bi-frontale et son caractère semi-récent puisque les deux consultations ont eu lieu à quinze jours d'intervalle, avant que le bilan complet ne soit réalisé. Les radiographies vont montrer rien moins que deux fractures pariétale et temporale droites du crâne. Le bilan s'arrêtera là, car l'état neurologique va très vite évoluer vers une aggravation soudaine. Il faudra transférer le nourrisson en neurochirurgie pour faire *in extremis* une dérivation qui le sauvera de la mort puisque l'hématome intracrânien

comprimait de plus en plus son cerveau. Ces lésions évocatrices de traumatismes d'âges différents avec une force initiale notable laissent planer un grand doute sur le fait que le père, jeune adulte, pesant vingt fois le poids de son enfant, ait occasionné ces violences. Interrogé, il va d'abord nier. Puis, devant le rapport médico-légal de l'imagerie réalisée, la cohérence de l'ensemble des examens, et aussi parce que l'enfant a échappé de justesse à la mort uniquement par l'action des neurochirurgiens, il va relater les faits. Des faits d'une grande banalité. Fatigué après une nuit de garde, il est rentré chez lui pour s'effondrer et essayer de dormir. Les cris du nourrisson qui réclamait simplement un peu d'attention, à boire, à manger, ou à être changé, l'ont suffisamment énervé et ce, à plusieurs reprises, pour qu'il gifle son fils avec force ou lui assène quelques coups. Rien de bien méchant. Rien d'extraordinaire. Mais il avait oublié qu'il pesait plus de cent kilos. Banalité de l'énervement. Banalité de la réaction non mesurée. Banalité qui a failli causer la mort de ce

nourrisson. Quelles séquelles neurologiques pèseront sur ce jeune enfant une fois arrivé à l'âge des apprentissages ? Seul l'avenir le dira.

L'ADOLESCENT EXPOSÉ À DE LOURDES CONSÉQUENCES

À l'adolescence, le mineur, statistiquement assez épargné pendant la période passée à l'école primaire, se trouve confronté à des situations de stress et d'adversité où, n'étant déjà plus enfant et pas encore adulte, sa vie devient un défi et une expérience structurante positive. Elle peut également être une expérience déstructurante, aux conséquences

imprévisibles, parfois multiples et graves, lorsqu'il se heurte à des adultes incompétents à le faire grandir ou face à des situations particulièrement difficiles. L'adolescent qui a vécu et qui vit des situations de violences s'expose aux violences qu'il commettra lui-même, aux violences contre soi-même, que constituent les dérives des addictions à l'alcool et aux drogues, les tentatives de suicide, les troubles anorexiques ou boulimiques.

Des éléments, souvent intriqués, favorisent les violences de tout type, physique et psychologique, comme un climat familial perturbateur, le nombre de problèmes qu'il soulève, la répétition et la durée - et des éléments tels que le chômage, la précarité, l'isolement, l'éclatement d'un couple (celui de ses parents et son propre couple avec un ou une autre jeune rencontré(e) ici ou là, dans la dérive ou pas...). Les violences chez l'adolescent sont d'autant plus

fréquentes qu'il est très exposé - sa réaction au stress, sa fragilité, son immaturité qui peuvent présenter l'allure d'une indépendance trop rapide, la présence d'un syndrome psychiatrique associé - dépression, addictions en tout genre...

SADIA, UN PEU DE LIBERTÉ BIEN CHER PAYÉE

Sadia est une jeune fille de seize ans sans histoire, comme il y en a dans tous les lycées de France. Originnaire du Maghreb, Sadia vit avec ses parents et deux de ses frères. Elle est amenée aux urgences par la police car elle a révélé à son professeur principal qu'elle avait subi des violences la veille de

la part de ses parents. Sadia a eu la mauvaise idée d'« emprunter » de l'argent dans le porte-monnaie de sa mère pour aller au cinéma avec des amies. La dispute est violente lorsque sa mère l'accuse de l'avoir volée ; le père et la mère vont lui porter des coups, l'un avec un tuyau, l'autre avec une ceinture. Ils vont la battre ainsi violemment. Sadia essaiera de se protéger et de se réfugier dans sa chambre. En vain. Elle a longtemps caché que des faits similaires s'étaient multipliés depuis qu'elle était adolescente. Mais là, c'est la fois de trop. Elle n'en peut plus. Elle parle.

Cette jeune fille, inscrite en classe de seconde, est calme, posée, intelligente mais un peu anxieuse. Cependant, le contact se fait facilement. À l'examen, Sadia présente de nombreuses lésions. Toutes récentes et correspondant bien à ses déclarations. Elles ont un aspect « en forme », forme d'un objet contondant rigide - ce tuyau plastique qu'elle revoit dans

la main de son père - et forme de lésions de flagellations, de lésions par le ceinturon qu'elle voit passer des mains de sa mère à celles de son père ; ils ont porté des coups avec ce que la justice qualifie d'armes par destination.

Sadia n'a pas pu cacher une ecchymose au front et un hématome qui l'auraient trahie auprès de ses amis et de ses proches. Mais ce sont les lésions les moins importantes puisque, à l'examen, c'est toute l'épaule gauche qui est le siège d'une ecchymose où l'on retrouve les traces de contusions provoquées par le tuyau. Le sein gauche et l'épaule droite portent également les marques d'une flagellation par un ceinturon, mais aussi de coups par ce tuyau qui a servi à la battre, utilisé comme une matraque souple. Ce sont encore des lésions convergentes d'ecchymoses sur toute la face postérieure du bras gauche avec lequel elle a tenté de se protéger et qui constitue un syndrome de broiement. Ce sont aussi des ecchymoses convergentes sur trente centimètres par dix centimètres sur toute la face antérieure du bras droit et de

l'avant-bras droit qui a été maintenu par l'un des parents, tandis que l'autre assénait des coups pour faire plus mal, y compris en tapant sur le pli du coude. Ce sont enfin - et pas des moindres - des hématomes importants qui concernent les cuisses, à chaque fois sur des surfaces et des zones de plus de vingt centimètres de côté et qui reproduisent des lésions par objet contondant de type tuyau. Ces lésions sont tellement sérieuses qu'elles ont occasionné un syndrome de broiement, révélateur de l'intensité de la répétition des coups dont une trentaine sont clairement individualisables et qui s'associent à une augmentation des enzymes musculaires témoignant de ce broiement, de ces contusions multiples, un peu comme on l'observe chez les personnes qui se retrouvent enfouies ou écrasées par la chute accidentelle d'un mur ou d'un arbre.

Une IIT de dix jours repose sur la mise en évidence de l'importance des lésions par arme par destination. Le fait que

les deux parents ayant autorité sur l'enfant aient commis ces actes constitue une circonstance aggravante. Sadia va donc quitter le domicile pour un foyer. Sa révélation l'a protégée, mais elle a parallèlement fait éclater le milieu familial dans lequel elle vivait. Un ou deux ans après les faits, Sadia est-elle encore une lycéenne promise à un avenir sans problème ou a-t-elle pâti des violences qui lui ont été imposées, tout simplement parce qu'elle cherchait peut-être à acquérir un peu plus de liberté ?

DES PARENTS À HAUT RISQUE

Le silence qui pèse sur les viols des mineurs mérite que l'on s'interroge. La médecine légale a toujours

cherché à comprendre. On rencontre souvent des femmes qui, victimes de violence dans leur couple, agressent ou délaissent leur enfant. Elles se comportent ainsi soit pour concentrer toute leur attention vers le parent agresseur dans un effort d'apaiser et de contrôler le niveau de violence, soit parce qu'elles sont incapables de satisfaire les demandes de leur enfant, confrontées à leur propre peine ou terreur. Selon certaines études, plus d'un tiers des violences envers la femme dans un couple, s'accompagnent de violence envers l'enfant, notamment l'adolescent qui peut s'interposer. C'est une raison supplémentaire de protéger la femme pour protéger l'enfant, problème que l'on cerne mieux maintenant. D'autres facteurs vont aggraver le risque de violences commises sur les enfants et les adolescents tels que la pauvreté, le déni des droits fondamentaux qui mènent à la marginalisation.

Plusieurs études l'ont démontré : on constate une relation étroite entre le niveau du revenu familial et le risque de sévices, ce dernier étant plus élevé lorsque le revenu est bas. On a estimé que pour un revenu familial inférieur au SMIC, le risque de sévices est multiplié par plus de 20 (*National Incidence of Child Abuse and Neglect 1996*). Pour les femmes en monoparentalité, souvent la conséquence d'une séparation violente, la pauvreté est un fardeau plus lourd, puisqu'elles ont habituellement la tâche de nourrir leur enfant et de s'en occuper, ce qui les rend donc particulièrement vulnérables à la violence, retournant sur leur enfant la difficulté d'avoir à gérer seule les responsabilités et le stress. C'est encore plus net lorsque l'enfant entre dans l'adolescence.

La dépression, chez les mères infligeant des sévices à

leur enfant, ou l'échec scolaire, semblent bel et bien des facteurs favorisant la violence que l'adolescent (e) aura du mal à dénoncer puisqu'elle vient de ses propres parents. Que dire, enfin, de cette terrible reproduction si fréquente qui conduit les adultes ayant subi des sévices dans leur propre enfance, à devenir des parents à haut risque ? La tentation est grande de reproduire le schéma et d'exprimer par des violences leur incapacité à appréhender des situations de stress et d'adversité. Ainsi, malgré eux, sans le vouloir, ils rentreront sans doute, et leurs enfants avec eux, dans le champ de la médecine légale. La société, avertie du danger par l'observation du légiste, aura-t-elle les moyens de le prévenir ?

LES AGRESSIONS SEXUELLES

Le médecin légiste clinicien ne peut être que le témoin des violences sexuelles, si présentes dans l'actualité criminelle. L'éventail de ces violences est tel que les différentes violences sexuelles ont été divisées par le code pénal français en *agressions sexuelles*, qui supposent l'emploi de la violence, de la

contrainte, de la menace ou de la surprise, et en *atteintes sexuelles*, qui sont exercées sur des victimes, sans violence, contrainte, menace, ni surprise, comme des exhibitions pornographiques qui leur sont imposées. L'on pourrait croire que les agressions sexuelles dont les viols, définis par l'article 222-23 du code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise » concernent les adultes, et que les atteintes sexuelles concernent principalement les mineurs, surtout très jeunes. L'actualité criminelle ne nous laisse pas longtemps nos illusions. Des affaires aussi retentissantes que les procès d'Outreau ou de Fourniret allongent la liste des mineurs victimes de violences sexuelles, de meurtres sexuels, d'attouchements et de viols. Une foule d'anonymes rejoint chaque jour les différents services médico-

judiciaires qui accueillent les victimes d'agressions sexuelles. Des unités reçoivent même spécifiquement les mineurs, comme l'unité médico-judiciaire pour mineurs de l'hôpital Trousseau à Paris. C'est dire si le problème est important. On sait que les violences sexuelles de tout type chez les mineurs atteignent en nombre celui des violences ou des maltraitances sur mineurs. Tardieu avait consacré à ce fléau un ouvrage entier, *Les Attentats aux mœurs*, paru en 1857, qui, sous cette ancienne dénomination, décrivait déjà l'ampleur et la cruauté du phénomène.

UNE GAMME SORDIDE DE VICTIMES

Les légistes, médecins de la violence, sont les premiers observateurs et témoins de tout ce que l'homme est capable de faire. Il est bien d'autres formes de violences sexuelles qui apparaissent. Celles commises sur les femmes et les hommes adultes sont moins médiatisées lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de meurtres ; comme si elles étaient devenues banales ! Elles conduisent cependant leurs victimes plusieurs fois par semaine dans des services de médecine légale ; la violence sexuelle « sanctionnant » souvent l'ex-concubine ou l'ex-femme, lui impose une ultime violence (faire constater les faits) qui s'ajoute à celles qui lui ont fait fuir le domicile conjugal ou quitter l'ami violent. Comme s'il fallait compléter une liste sinistre, adultes handicapés mentaux, victimes d'addictions diverses et personnes âgées complètent la gamme sordide des victimes d'agressions sexuelles. Sa fonction et son exercice clinique placent le légiste

au premier rang pour prendre réellement en charge des victimes arrivées tout d'abord dans un service d'urgences ou de pédiatrie, dans un commissariat ou une gendarmerie. Ceux qui les ont accueillis ont sans doute dû être désemparés, démunis devant la gravité des faits, le caractère abject de l'agression. Ils ne sont pas habitués, comme le sont les médecins légistes cliniciens et leurs équipes, à gérer de telles victimes. Les conséquences psychologiques constituent un élément majeur de la gravité des agressions sexuelles. C'est la personnalité même de la victime qui est ébranlée, si elle est adulte, ou son développement mis en danger s'il s'agit d'un mineur. Un laps de temps souvent très long sépare les faits et le moment où ils sont révélés. C'est ce qui explique que le législateur a autorisé le dépôt de plainte pour des actes commis alors que la victime était mineure, jusqu'à dix ans après sa majorité, dépassant de loin la prescription

pénale du crime ! Pendant la période des faits, s'ils se reproduisent - chez les mineurs -, ou immédiatement après les faits - chez une victime adulte -, la réaction de détresse peut se manifester sous forme d'un retentissement comportemental, sentiment de frayeur ou de honte, dissimulé par la plainte au sujet d'une douleur physique.

DISSOCIATION PSYCHIQUE

Dans cette période dite péri-traumatique, c'est-à-dire celle du moment de l'agression et pendant les heures et les premiers jours qui suivent, quand la victime est examinée dans une structure d'urgences médico-

judiciaires, le médecin légiste clinicien, au mieux aidé par un psychiatre, une psychologue ou une infirmière de psychiatrie, observe l'intensité de la détresse émotionnelle. Les victimes vues peu de temps après l'agression se présentent souvent avec une réaction de stupeur, de sidération psychique ; les psychiatres appellent cela la dissociation psychique. La victime vit comme si son corps était devenu insensible ou étranger. Elle éprouve un sentiment d'irréalité comme si elle faisait un cauchemar éveillé, avec des comportements presque automatiques, traduits par une gestuelle ralentie. Cette attitude peut faire alterner une agitation stérile avec une sidération proche d'un état stuporeux, sans que la victime ait pris un tranquillisant. La réaction de dissociation est liée à un intense sentiment de frayeur et cette détresse émotionnelle donne lieu, en alternance, à des réactions très physiques comme des tremblements ou

des palpitations, et des émotions comme la peur, l'horreur qui apparaissent lors de l'entretien. C'est pourquoi le médecin légiste doit faire très attention à ne pas devenir brusquement invasif, brutal dans son intrusion, lorsqu'il débute son examen médico-légal. Au moment où il prend contact avec la victime, il doit d'abord gagner sa confiance avant de penser réaliser un examen qui serait vécu comme une nouvelle violence intime. Très souvent, le premier réflexe après un choc péri-traumatique est de nier cette réalité ou de la minimiser pour tenter vainement de l'oublier. C'est pourquoi la personne peut s'isoler plutôt que de parler à quelqu'un, notamment à la police, à la gendarmerie ou à son médecin, craignant de se réexposer à ce traumatisme en le décrivant à nouveau. Le sentiment d'humiliation et de honte est parfois si intense qu'il entretient aussi cet isolement. C'est pour cela que la victime rentre chez elle, se lave

plusieurs fois et, si elle ne jette pas les vêtements souillés, les nettoie immédiatement pour effacer les traces qu'ils portent, au grand dam du médecin légiste et des enquêteurs : ils vont perdre les traces génétiques qui auraient corroboré ses déclarations quelques jours plus tard. Lorsqu'elle est examinée par le médecin légiste, il est important de comprendre sa réaction plutôt que de lui reprocher d'avoir gâché des preuves ! Pour se soustraire aux images douloureuses du viol qui lui reviennent, la victime évite tout ce qui peut lui rappeler l'agression jusqu'à se replier sur elle-même et rester cloîtrée chez elle. Enfin, elle réagit à l'excès à la moindre stimulation sensorielle, comme un bruit ou lorsqu'on la touche par surprise. Hypervigilante, elle se met en état d'alerte de façon excessive, ressent des palpitations et la menace d'un nouveau danger. C'est dans cet état de stress aigu et intense que la plupart des victimes vont être

examinées aux urgences médico-judiciaires. C'est donc avec tact et compréhension qu'il faut mener l'examen et l'entretien médico-légal indispensables après un événement aussi traumatogène qu'une agression sexuelle. Le médecin légiste consulté après une agression sexuelle, peut aider à protéger la personne des conséquences physiques et psychologiques de l'acte subi. Le médecin légiste expérimenté - il est au contact des victimes de tous âges et connaît leurs parcours mille fois rencontrés - est plus à même de mieux entendre les besoins de la victime que le gynécologue débordé d'un centre hospitalier ou l'urgentiste surpris par la nature de l'examen. Le soutien qu'il apporte spontanément et qu'il propose par la suite auprès de psychologues, par exemple, sera infiniment aidant, notamment lors des procédures juridiques longues comme le sont les procédures pénales pour viols.

Leur dénouement en cour d'assises n'est que rarement prévisible moins de deux ans après la plainte, quand l'appel d'assises ne rejoue pas les débats cinq, six ou sept ans après les faits ! On comprend bien que cette expérience de la prise en charge des victimes ne s'acquiert que dans des structures accueillantes avec les moyens adéquats. Les agressions sexuelles sur des êtres majeurs engendrent une détresse que le médecin légiste ressent, à tel point que certains évitent cette confrontation avec les victimes. Lorsque ces violences sexuelles touchent des mineurs, la loi pénale a érigé un rempart particulier, comme un rappel du tabou de l'inceste, en punissant le viol de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'il est commis sur un mineur âgé de moins de quinze ans ou s'il a été commis par un ascendant ou une personne ayant autorité (beau-père, oncle, moniteur, éducateur, etc.).

Malgré cela, le nombre d'agressions sexuelles ne cesse d'augmenter.

LE MÉDECIN LÉGISTE, ABONNÉ AUX ASSISES

Les chiffres clés de la Justice, rapport annuel publié par la sous-direction de la statistique et des études du ministère de la Justice français, attestent du nombre des condamnations aux assises. Les plus récents accessibles, ceux des condamnations prononcées sur le territoire national en 2006, indiquent 461 condamnations pour homicides volontaires et 386 pour violences volontaires ayant entraîné la mort. En

même temps, 1 391 condamnations pour viols devant des assises pour majeurs ou pour mineurs, soit 62 % de l'ensemble de toutes les condamnations aux assises. On comprend mieux que le médecin légiste qui accueille dans son unité les victimes de violences sexuelles devienne vite un abonné des assises, avec le redoutable privilège d'avoir été le seul à réellement examiner la scène du crime : le corps et l'intimité de la victime. Je me livre à cet exercice depuis plus de quinze ans et il m'a amené à fréquenter toutes sortes de cours d'assises. La notion de responsabilité, de doute avant d'acquiescer toute certitude, d'objectivité scrupuleuse, est fondamentale avant de se lancer, en tant que légiste, dans un exercice aussi lourd de conséquences. Et dire qu'en France, à l'heure actuelle, devant l'ampleur du phénomène, on confie encore bien souvent l'examen de ces victimes de viols et d'agressions sexuelles aux urgences voisines, au

médecin de garde de nuit, plutôt qu'à un service spécialisé capable de répondre 24 heures/24, comme celui dont j'ai la charge. Que dirait-on si une autopsie devait avoir lieu dans le funérarium le plus proche, avec un chirurgien que l'on aurait requis ? Là, les dégâts ne seraient que judiciaires, car la victime ne pourrait pas se plaindre ! Alors, pourquoi imposer une violence intime commise par maladresse au mieux, par totale absence d'intérêt, le plus souvent, ou par réelle incompétence, lorsque la victime est adressée à un centre proche bien peu à même de préserver les traces et indices, d'accueillir et de prendre soin d'une personne blessée dans son intimité la plus profonde ? S'organisera-t-on un jour avec des centres pour les victimes similaires aux « rape crisis centers » britanniques ou canadiens ? Prendrons-nous tout simplement modèle sur nos voisins belges et suisses ?

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Quel est votre rôle auprès de la famille lorsqu'un mineur subit des violences sexuelles ?

Une tâche particulière incombe au médecin légiste : il est celui qui va conseiller et aider les pédiatres et médecins en charge de l'enfant, qui eux, ont des rapports avec la famille. La partie médico-légale concerne le conseil : on donne notre avis aux soignants. Les pédiatres, qui n'ont pas le droit d'être juge et partie, conservent un bon relationnel avec la famille, et les accompagnent. On essaie alors de mettre les proches en contact avec quelqu'un qui pourrait les épauler et les orienter. Il faut travailler à la fois sur les faits, les signaler et travailler sur le

terrain familial grâce aux services de pédiatrie, aux services de PMI qui vérifient que le milieu permet le retour de l'enfant au sein du foyer.

Rencontrez-vous beaucoup de victimes d'agressions sexuelles ?

C'est un phénomène relativement important. Il semble toutefois que ces violences aient tendance à diminuer mais elles sont remplacées par un bon nombre d'agressions sexuelles sur des adultes fragiles, c'est-à-dire sur des personnes handicapées ou dans une situation psychologique qui les rend particulièrement vulnérables (alcoolémie, troubles psychiatriques). Il y a une sous-estimation des agressions sexuelles chez l'adulte parce qu'elles ont du mal à être définies. En effet, le viol est caractérisé par l'absence de consentement de la victime, et toutes les discussions pendant un

procès vont être orientées sur cette notion de consentement. Il est rare d'avoir des agressions sexuelles caractérisées avec des violences très importantes ; elles ne sont pas inexistantes, mais beaucoup moins nombreuses. On rencontre beaucoup de victimes qui ont été violées mais elles n'osent souvent pas porter plainte parce que cela révélerait un état de faiblesse. Je crois qu'une campagne d'information et de sensibilisation serait utile pour communiquer sur le fait que le viol n'est pas seulement la violence liée à l'agression sexuelle mais aussi une agression sexuelle sans consentement.

Qui sont les auteurs ?

Dans de nombreux de cas, ce sont des proches ou des personnes rencontrées depuis un certain temps. Il y a beaucoup d'agressions sexuelles par soumission chimique. Il est assez rare d'avoir, en dehors d'histoires très médiatisées, des

agressions sexuelles concernant une victime choisie au hasard. Cela concerne d'autres types d'agressions, et là, lorsqu'il y a passage à l'acte, il y a souvent aussi un deuxième acte associé de violence, voire de meurtre. On est alors dans une autre catégorie d'agressions sexuelles.

Avez-vous traité des cas d'agressions sexuelles sur des hommes ?

Oui, bien sûr. La part d'agressions sexuelles sur des adultes masculins n'est pas exceptionnelle du tout. Il y a une énorme sous-estimation de ce genre d'agressions parce qu'il est difficile pour un homme d'avouer qu'il a été victime d'agression sexuelle. Si elles ne sont pas rares, les plaintes sont souvent déposées avec retard. Dans ces cas de figure, la soumission chimique est le plus fréquemment utilisée (l'alcool ou les drogues).

Une agression sexuelle peut-elle être considérée comme une agression comme les autres ?

Le viol est une agression de l'intime. Il y a donc plusieurs facteurs à prendre en compte : il faut se remettre de l'agression, mais aussi se remettre d'une agression de son intimité, de son moi profond. C'est donc une cicatrice très particulière pour la victime car il faut faire face à une violence très spécifique. C'est une négation de la volonté de la personne mais aussi de la personne en elle-même.

Que leur dites-vous ?

Que la démarche qu'elles sont en train d'accomplir est une façon de se reconstruire. Elles ont caché quelque chose qui leur était insupportable, elles se sentent coupables et victimes. Je

pense qu'il faut être actif dans le processus de guérison et il est très important pour le processus psychologique des personnes de se reprendre en main. Il faut qu'elles retrouvent confiance en elles-mêmes et en la vie. Nous les prenons donc en considération puisque nous les recevons, nous les écoutons et nous les soutenons. Il faut les épauler activement dans leur démarche. Elles s'en veulent d'avoir été inactives au moment du viol (stupeur anxieuse), il faut donc leur redonner un rôle actif. Je pense que c'est la clé de leur reconstruction personnelle.

Il faut insister sur la notion de gravité particulière des violences sexuelles sur les enfants de moins de quinze ans sur les personnes âgées et les adultes handicapés physiques ou mentaux qui n'ont pas de moyens de défense. Ces victimes particulières peuvent subir, encore plus souvent que les viols, des abus sexuels

qui consistent, selon la définition adoptée par les associations de sauvegarde de l'enfance en « toute utilisation du corps d'un enfant pour le plaisir d'une personne plus âgée que lui, quelles que soient les relations entre eux, et même sans contrainte ni violence ». En changeant le mot « enfant » par « personne vulnérable », nous avons presque fait le tour de la question. Fait aggravant supplémentaire, chez les jeunes mineurs comme chez les adultes handicapés mentaux, les agressions sexuelles sont souvent répétitives et commises dans le milieu intrafamilial au sens large ou le milieu de vie, par des auteurs souvent très proches sans être un père : un oncle, le concubin de la mère, un cousin, un grand-père, un éducateur, un proche voisin, mais aussi une tante ou une nourrice, si choquant que cela puisse être. Regardons bien pourquoi l'éventail des victimes et des auteurs possibles est aussi large. Le code pénal

a bien évolué depuis le xix^e siècle où le viol était le rapport pouvant être fécondant avec une femme en âge de procréer, à côté de ce que l'on qualifiait d'attentat aux mœurs. Aujourd'hui, le code pénal parle des agressions sexuelles dans ses articles 222-22 à 222-32 C.P. Il définit le viol à l'article 222-23 comme « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise* ». « *Tout acte de pénétration* » concerne donc tout autant les pénétrations anales que vaginales ou endo-buccales. « *De quelque nature qu'il soit* » évoque tout autant les pénétrations avec le sexe qu'avec un objet, fut-il un « *sex-toy* ». Enfin, « *la personne d'autrui* » n'a pas d'âge défini ni de sexe déterminé. L'agression sexuelle qualifiée de viol peut tout autant concerner le petit garçon sortant de l'école que la petite fille confiée au fils de la nourrice, la vieille femme atteinte de démence ou encore le

trisomique dans un centre spécialisé. À tel point que dans des centres de référence, les victimes que nous examinons n'ont plus que rarement l'aspect de la jeune fille presque adulte, agressée parce qu'elle rentrait trop tard et se promenait trop court vêtue, dans une rue sombre ; cela fait presque figure de cliché dépassé. À l'heure actuelle, les lésions sexuelles ne sont pas rares sur des enfants même très jeunes. Dans le cadre des violences sexuelles chez l'enfant, les traces de ces atteintes physiques sont exceptionnelles car l'enfant victime est souvent contraint (par un agresseur ayant autorité sur lui), menacé ou incapable de résister, surtout quand il s'agit d'un très jeune enfant, voire d'un nourrisson. La collaboration entre le médecin examinateur et les soignants présents est particulièrement importante pour cet examen qui peut être vécu difficilement si le petit n'est pas mis en confiance. Un relationnel

empathique, à la fois calme, attentif et rassurant, est un atout majeur de réussite d'un bon examen d'une victime de violences sexuelles. Cette qualité de l'accueil, de la relation et de la mise en confiance devient impérative lorsqu'il s'agit d'un mineur.

LE CORPS DE LA VICTIME VIVANTE DEVIENT SCÈNE DE CRIME

Mais le rôle du médecin légiste consiste aussi et surtout à rechercher la preuve médico-légale. Sur le corps intime de la victime vivante, qui est devenu scène de crime, au sens de la qualification judiciaire, il ne peut compter ni sur l'aide des enquêteurs ni sur

celle des techniciens de scène de crime. L'examen médico-légal des victimes d'agressions sexuelles demande une grande disponibilité, environ une heure pour l'entretien et l'examen. Dans tous les cas, le médecin explique le déroulement de l'examen, son caractère indolore, son importance. L'entretien médico-légal s'intéresse à tout élément dont on pourra apporter la preuve, par exemple une strangulation, une griffure, un maintien, une trace de lien ou d'appui. Il mesure le risque éventuel encouru car il est peut-être encore temps d'une prophylaxie. Ensuite, l'examen médico-légal peut commencer, avec son lot de photographies pour matérialiser ici une ecchymose, là une éraflure, là encore une trace de doigts imprimée en écartant une cuisse. Des violences plus nettes encore peuvent être présentes et le bilan lésionnel précis est indispensable. Dans un endroit adapté, tranquille, bien éclairé, l'examen

gynécologique et/ou anal peut avoir lieu, avec un protocole adapté au sexe et à l'âge de la victime. De ce qui sera vu, de ce qui sera documenté à ce moment précis pourra découler une condamnation aux assises dans les années à venir, le plus souvent. La Justice a ses lenteurs. Nécessaires, l'accueil et l'accompagnement de la victime ayant révélé des abus sexuels, ils sont désormais pris en charge de façon adéquate dans des unités spécialisées pour les victimes d'abus sexuels. Ce n'est toujours pas le cas, loin de là, lorsqu'un professionnel de la santé se trouve confronté à cette situation sans avoir reçu la formation indispensable pour être à l'aise avec les modalités de l'examen, les données de l'examen génital et anal de la victime et les résultats que l'on peut en attendre au plan médico-légal. Rappelons-le encore, pour le bien de la Justice et de la victime, il convient d'appliquer les directives ministérielles et

que l'examen soit pratiqué par un médecin expert, médecin légiste, pédiatre ou gynécologue, au sein d'une unité spécialisée. Il a pour mission d'éclairer sur des faits médicaux pour confirmer un diagnostic d'abus sexuel, préciser le mécanisme des lésions, en indiquer les conséquences médicales afin que le magistrat puisse qualifier les faits au pénal. Il est le plus compétent pour établir un rapport médical de ses constatations objectives dans un vocabulaire médico-légal précis et pour effectuer les prélèvements à but médico-légal (conservation et mise sous scellés).

JENNIFER, UNE PROIE FACILE

Son handicap psychique oblige Jennifer à vivre dans un foyer spécialisé. La jeune fille rentre chez ses parents seulement le week-end. C'est justement à l'occasion d'un de ces week-ends, « pendant les vacances d'Halloween » mieux connues sous le nom de congés de la Toussaint, qu'elle fait une mauvaise rencontre dans la cité où habite sa famille. Deux jeunes gens la repèrent ; ils comprennent son déficit mental et ont bien l'intention d'en profiter. Alors qu'elle sort de son immeuble et se dirige vers le banc juste en face de son domicile, les adolescents l'accostent. Elle connaît l'un deux. De concert, ils lui proposent de venir s'asseoir près d'eux. Pour discuter. Puis, très vite, ils lui disent : « Viens dans la cave ». Elle refuse. Ils la forcent avec un argument qui est monnaie courante dans les cités. « Allez, s'il te plaît, Jennifer ! T'es coincée, sinon, viens avec nous, sinon, t'es une coincée, si tu ne viens pas, t'es une victime. » La jeune fille a peur et honte en même temps. Elle craint de paraître ridicule, peut-être. Sans doute. Son handicap psychique ne lui permet pas de bien

distinguer le vrai du faux. Ils la conduisent au sous-sol, désertique. L'un des deux est en possession de la clé d'une cave. Ils y pénètrent. Fument et font fumer un peu de cannabis à Jennifer. Un matelas est posé à même le sol. Les garçons commencent à discuter puis ils deviennent agités, violents ; l'un comme l'autre lui tiennent le même discours. « Tu couches avec moi ». Ils l'allongent sur le matelas et essaient, l'un et l'autre, de l'agresser sexuellement. Ils se montrent aussi agressifs que maladroits. L'un d'eux n'arrive même pas à mettre le préservatif qu'il a pourtant. Le premier jour, ils laissent repartir leur proie. Le lendemain, toujours assis sur le même banc, ils récidivent mais, cette fois, ils vont lui faire subir des pénétrations anales et vaginales, tantôt en la tenant, tantôt en la menaçant, tout en lui disant « on essaie juste ». Quand Jennifer remonte chez elle, elle est submergée par la honte. Elle est incapable de parler de ce qu'elle vient de vivre. Elle va tenter de se suicider quelques jours plus tard et sera conduite aux urgences. C'est lors de son hospitalisation que la

jeune fille va relater les faits. Dès cet instant, tout s'enchaîne avec une grande rapidité : le signalement, la plainte, puis l'examen médico-légal. On accueille aux urgences médico-judiciaires la jeune fille agressée qui suit un apprentissage de cuisine adapté à son handicap. Avec son surpoids pathologique, plus de 85 kg pour 1,60 mètre, Jennifer est typiquement celle que l'on imagine pouvant être victime de ce genre d'actes. La sachant fragile, l'institution avait déjà pris la précaution de lui faire poser un implant pour éviter une grossesse éventuelle, si par malheur elle se faisait agresser. L'examen révèle une défloration ancienne. Comme elle a longtemps gardé le secret de cette agression, il n'y a plus de traces évidentes vaginales ; il est trop tard aussi pour l'écouvillonnage qui permet la recherche de spermatozoïdes et d'ADN. En revanche, grâce à l'examen anal, toujours délicat en position genu-pectorale, des lésions encore visibles indiquant bien les pénétrations subies, vont être décelées. Jennifer dit qu'elles lui ont fait mal physiquement et

moralement. On retrouve une ouverture semi-spontanée, une fissuration encore visible qui commence à cicatriser. Elle décrit les sensations lors de l'examen avec un petit anoscope. « C'était pareil avec les garçons ». Puisqu'elle présente un aspect post-traumatique non cicatrisé qui date les lésions des deux dernières semaines, aspect semi-récent compatible avec les dires de cette jeune fille, des éléments peuvent être mis en avant pour authentifier ses propos et confirmer les pénétrations anales qui lui ont été imposées. L'humiliation et les souffrances ne sont plus à prouver. Jennifer les a démontrées en tentant de se suicider, réaction qui entraîne également une ITT au sens pénal. ITT d'autant plus importante pour la suite de l'enquête qu'il s'agit de violences commises sur une personne particulièrement vulnérable. Jennifer est malheureusement un cas parmi tant d'autres. Un cas où le statut spécialement fragile de la victime n'est pas une protection, pas une aide, pas un appel à la pitié. C'est, au contraire, la rendre plus vulnérable, notamment lorsqu'on

l'expose à une certaine violence ; celle des cités, celle des adolescents difficiles qui vont trouver là une proie facile pour les instincts les plus bas.

Le rôle du bilan médico-légal ne se borne pas à la recherche et à la documentation photographique exhaustive indispensable, pourtant si rarement pratiquée ! Bien sûr, les signes d'une pénétration sexuelle doivent être examinés très attentivement : une déchirure récente ou non de l'hymen, selon l'âge de la jeune fille, des lésions du périnée, de la vulve, des lèvres, petites et grandes. Parfois, une mutilation sexuelle est découverte, de l'excision du clitoris à l'infibulation où les lèvres, partiellement découpées, sont suturées entre elles, gages de la souffrance passée lors de cette mutilation et de la souffrance à venir qui attestera de la virginité lors du mariage ! Si

la victime de sexe féminin était vierge avant l'agression, la défloration est recherchée, caractérisée au sens médico-légal du terme par une déchirure de la membrane de l'hymen jusqu'à la paroi vaginale. Au début, cette plaie de la membrane de l'hymen qui ferme l'entrée vaginale saigne. Puis, la cicatrisation se fait dès la première semaine. Les déchirures de l'hymen sont peu nombreuses, elles surviennent essentiellement sur sa partie inférieure et dépassent rarement une à deux. Lorsque l'examen a lieu à distance des faits, on notera une déchirure complète allant du bord libre de l'hymen jusqu'à la paroi vaginale, considérée comme signe spécifique de pénétration sexuelle. Dans d'autres cas, si la pénétration n'a été que digitale ou incomplète, les déchirures de l'hymen peuvent être insuffisantes, n'allant pas jusqu'à l'insertion de l'hymen sur la paroi vaginale. Il est alors délicat de faire la différence entre

des encoches physiologiques et des incisures traumatiques incomplètes pouvant se rencontrer en cas de tentative de pénétration. Gare à l'erreur d'appréciation ! De même, l'examen médico-légal recherche les lésions de pénétration anale : d'ecchymoses - empreintes d'appuis de doigts, par exemple -, ou de griffures mais aussi des déchirures anales, des ecchymoses sous-muqueuses. Quand les pénétrations sont répétées, le médecin légiste observe un aspect lisse de la marge de l'anus ou une atonie anale allant jusqu'à la béance, avec des troubles sphinctériens chez des victimes des deux sexes, jeunes pour la plupart. Le médecin légiste doit savoir utiliser également toutes les ressources des sciences médico-légales ou forensiques. Les analyses génétiques sont un outil extraordinaire lorsque l'examen est fait à peu de distance des violences sexuelles. Si la réduction de ce délai est encore une

raison supplémentaire de disposer de services médico-judiciaires disponibles tous les jours et 24 heures/24, il est indispensable de savoir parfaitement réaliser les prélèvements capitaux et non reproductibles à la recherche de spermatozoïdes et pour typage génétique en cas de violences sexuelles récentes. Le prélèvement vaginal permet de retrouver des spermatozoïdes jusqu'à quatre ou cinq jours après le rapport. Au niveau anal, leur persistance est de quatre heures à deux jours environ. On prélève alors, en quantité suffisante, tout ce qui peut éventuellement comprendre des cellules d'où l'ADN peut être extrait.

La méthodologie de prélèvement est stricte et immuable. Masqué et ganté, l'examineur médico-légal recueille le matériel génétique possible (un liquide blanchâtre, un dépôt filandreux, un poil) par des prélèvements sur écouvillons secs et stériles, faits

en nombre, séchés à l'air puis refermés avant congélation. Au cours de l'examen, le médecin va réaliser avec les écouvillons quelques étalements fixés sur lames de verre. Acheminées vers un laboratoire d'histologie, ces lames teintées par des colorations de référence seront baptisées des noms insolites de Papanicolaou (inventeur de cette coloration) et de Christmas tree (les spermatozoïdes s'assemblant sur la lame, flagelles colorés en vert et noyaux en rouge, comme des branches d'un sapin décoré de boules).

Cette technique apporte un grand plus pour pouvoir savoir, quelques heures après la réalisation des prélèvements, s'il existe des chances réelles ou non de parvenir à l'identification génétique de l'auteur ou des auteurs de violences sexuelles. Les lames idéalement lues en anatomo-pathologie par un histologiste

habitué à ce genre de prélèvements, ce qui est le cas lorsqu'existent des structures médico-judiciaires d'envergure, comportent sur la partie opaque du bout de la lame et du côté du prélèvement les nom, prénom, date et site du prélèvement, inscrits au crayon à papier, de manière à rester lisibles après la coloration et le traitement de la lame.

DES PRÉLÈVEMENTS DOUBLÉS POUR PERMETTRE UNE CONTRE EXPERTISE

La qualité des prélèvements locaux effectués lors d'un examen d'une victime de violences sexuelles, ainsi que celle des scellés biologiques sont capitales.

Ils sont réalisés dans tous les orifices de pénétration sexuelle et ne pourront pas être répétés s'ils ont été mal faits. Leur conditionnement, leur bon étiquetage, leur acheminement rapide vers les laboratoires concernés ou vers des installations de congélation indispensables. De même, la précocité des prélèvements à visée toxicologique, en particulier lors d'agression sexuelle avec soumission toxique, est fondamentale. Le médecin légiste va réaliser des prélèvements sanguins et urinaires, pour un dépistage toxicologique initial d'orientation, qui n'est pas suffisant s'il est rapide, et peut être utile et surtout pour des analyses complémentaires en laboratoire spécialisé de toxicologie (prélèvements en double et conservés en congélation) ; ils permettront d'utiliser les ressources de techniques de pointe comme la chromatographie en phase gazeuse avec spectrométrie de masse. Leur importance médico-

légale est majeure et les prélèvements doivent être en quantité suffisante et en nombre toujours pair pour permettre expertise et contre-expertise.

PIERRE SERA-T-IL ENCORE LÀ POUR ASSISTER AU PROCÈS ?

Pierre a vingt-trois ans. Il vit de petits boulots et est hébergé dans différents foyers pour jeunes travailleurs. Il est légèrement handicapé. Il habite seul, loin de sa famille. Dans l'un des foyers, il a croisé cet homme plus âgé, de vingt ans son aîné, qui a essayé de lui faire croire qu'il était son ami. Il en avait un peu peur. Et c'est parce qu'il en a peur justement, que l'homme vient le voir ce soir-là dans son petit studio. Il est

très angoissé. Il pleut, c'est la fin de l'automne. L'homme a demandé la clé à la voisine, se faisant passer pour un ami inquiet de savoir s'il n'était pas encore malade car Pierre a une santé fragile. Voyant son visiteur entrer chez lui, Pierre se réfugie dans les toilettes ; il n'a pas d'autres recours. Alors, l'homme menace de faire du scandale, de crier, d'ameuter les voisins, de prévenir les pompiers. Pierre vient d'arriver dans l'immeuble, il a peur d'être expulsé de ce petit logement. Il ne veut pas d'esclandre. Une fois sorti des toilettes, il se retrouve face à un être faussement amical qui lui propose de discuter, de boire le café qu'il a lui-même confectionné et apporté, et veut lui faire goûter à tout prix. Il sait que Pierre ne boit pas d'alcool. Il l'oblige à avaler ce breuvage qu'il lui a déjà vanté et qu'il a déjà essayé de lui faire absorber lorsqu'il était dans le foyer. Pierre perd vite connaissance. Il se souvient vaguement de la nuit. De la nuit qui dure, qui dure jusqu'à onze heures le lendemain matin. Il dit : « Il m'a fait des tas de choses ». Il dit qu'il a été violé analement, et qu'il a dû

subir des pénétrations buccales, les deux très fortes. Il aurait voulu résister mais l'homme est beaucoup plus puissant que lui et lorsqu'il ne se sentait pas dans les « vapes », il ne pouvait rien faire. L'homme a fini par prendre congé, emportant son café, après avoir pris soin de laver tasses et cafetière. Pierre va immédiatement aux toilettes. Il a mal, il voit un liquide blanchâtre, il est très choqué, très anxieux. Tellement inquiet qu'il finit par se rendre chez ses grands-parents pour se confier à eux.

En toute hâte, ils prennent Pierre en charge, direction les urgences médico-judiciaires. La réaction d'anxiété de Pierre est aussi évidente que son handicap physique, son extrême maigreur, son petit gabarit de jockey, qui le rend incapable de résister, encore moins sous une soumission chimique. Car c'est bien ce à quoi l'on pense, à l'une des drogues du viol. Progressivement, apparaissent des signes

de remémorisation. Des flashes lui reviennent, conjugués avec des ralentissements, une fatigabilité comme l'on en voit souvent dans les suites de soumission chimique à un tranquillisant. Toute la soirée et toute la nuit, il n'a pas pu s'alimenter ; la cétonurie de jeûne comme la baisse de la glycémie mesurée confirment bien ses dires. C'est aussi ce qu'affirment les prélèvements qui sont effectués, et qui décèlent un tranquillisant dans les urines et dans le sang. Lors de l'examen anal, les lésions sont typiques de pénétrations très récentes ; traumatiques, elles ont un aspect contus, saignant de toute la marge anale, avec des caillots et également une béance dès qu'on le met en position semi-pectorale pour l'examen. Les plis effacés ne sont pas individualisables, et Pierre en a d'autant plus honte qu'il rejette l'idée d'avoir eu, ne serait-ce qu'une fois dans sa vie, des relations homosexuelles. Des petits caillots très récents, l'aspect œdématisé également très récent sur la muqueuse ano-rectale sont tout à fait typiques. Bien évidemment, à faible

distance, l'on tente une identification, une recherche des spermatozoïdes et de l'ADN, et celle-ci va revenir positive. Il n'y a plus qu'à envoyer le rapport médico-légal absolument affirmatif de la dysmorphie, de la maigreur pathologique, de caractère particulièrement vulnérable de ce jeune garçon. Un rapport affirmatif sur l'existence d'une soumission chimique et qui mérite des examens toxicologiques plus poussés, enfin des lésions anales absolument typiques de lésions de pénétrations anales répétées traumatiques, comme il le décrit.

L'enquête ne sera pas longue. Pierre donne quelques éléments, les enquêteurs retrouvent l'auteur, coutumier des faits d'ailleurs, puisque plusieurs autres victimes figurent à son actif. Ils n'ont pas parlé, certains n'ont pas voulu porter plainte ou n'ont pas été capables de le faire. D'autres ont été examinés avec retard parce qu'ils n'avaient pas initialement voulu porter plainte. La honte est sans doute encore plus nette

chez les victimes de sexe masculin. Alors que le procès d'assises se prépare, et que les mois se passent - la procédure est longue -, pendant que l'auteur est mis en détention provisoire, Pierre va être souvent revu par les psychologues. Il a développé un stress post-traumatique qui se surajoute à ses antécédents pathologiques. La question qui se pose maintenant est la suivante : « Pierre sera-t-il encore là pour assister au procès d'assises qui lui rendra justice ?

Le médecin légiste est surtout un médecin de la violence ou de ses victimes. C'est pour cela qu'un bilan sérologique est intégré à l'examen de la victime d'agression sexuelle. Il sera différent selon le type d'agression, l'âge et le sexe de la victime, selon le délai entre l'examen et l'agression sexuelle. Chez la victime féminine et pubère, un test de grossesse par dosage des bêta HCG plasmatiques est pratiqué lors

du bilan initial, réitéré un mois après l'agression et, si nécessaire et possible, une contraception post-coïtale est donnée le jour l'examen médico-légal. Une séroprophylaxie (VIH et hépatite B), un suivi sérologique des hépatites, de l'infection à VIH, de la syphilis sont entrepris. Si un bilan psychologique à visée médico-légale est recommandé, au mieux réalisé dans une même unité ou un même circuit, comme l'unité d'Accueil des mineurs victimes (AMIV) intégrée au service de médecine légale que je dirige, c'est l'occasion de prévoir un suivi psychologique si nécessaire. Surtout si les faits sont des actes répétés, commis dans l'entourage familial ou par des proches ! Lorsque les victimes sont examinées sur réquisition judiciaire, les autorités judiciaires ont déjà débuté une enquête et demandent un rapport médico-légal au médecin désigné. La rédaction précise et précautionneuse de ce rapport fondamental montre

tout le savoir-faire du médecin légiste. Les données de l'examen clinique notées avec exactitude et consignées sur un schéma par rapport à des repères anatomiques précis sont accompagnées des photos utiles. Le rapport médical descriptif note les déclarations de la victime au mot près. En revanche, c'est au médecin légiste d'argumenter la description des lésions en précisant leur nature, leur origine, leur gravité et leurs conséquences probables. C'est à lui d'indiquer si les lésions observées sont compatibles ou non avec les faits, si l'état d'endormissement constaté évoque une soumission chimique récente ou si la blessure d'un poignet évoque la trace d'un lien ou une automutilation faite par la victime profondément choquée.

L'EXAMEN CLINIQUE SOUVENT CONSIDÉRÉ COMME UNE AGRESSION

Les données de l'examen clinique se doivent d'être retranscrites de façon objective, sans interprétation, de façon à être utilisables une seconde fois en cas d'expertises ultérieures, étayées de documents photographiques de très bonne qualité avec photographie macroscopique, par exemple. En revanche, lors de la discussion, le médecin légiste tentera de répondre aux questions posées dans la mission de la réquisition sur la nature des lésions, leur date, l'existence d'autres lésions que génitales ou anales pouvant évoquer des violences, leur compatibilité avec les déclarations de la victime, quels que soient son âge ou son quotient intellectuel.

La durée de l'incapacité totale de travail au sens pénal sera toujours mentionnée. Chez un enfant, cela concernera ses jeux, ses sorties, une période d'hospitalisation pour les soins. Enfin, deux questions majeures sont posées au médecin légiste. Existe-t-il des lésions en faveur d'un acte de pénétration sexuelle ? Au contraire, un acte de pénétration sexuelle peut-il être écarté ? Ces interrogations sont d'autant plus difficiles que le délai entre les faits et l'examen est long, souvent des mois chez les enfants, une ou plusieurs semaines chez une femme très choquée, et que la vie sexuelle de la victime ne permet pas d'apporter de preuves formelles d'un rapport non consenti. L'examen clinique d'une victime d'abus sexuel, je le répète, étant souvent considéré comme une nouvelle agression, il est impératif d'éviter la multiplication des examens souvent inutiles, partiels ou insuffisants, source de

traumatismes supplémentaires. Il convient donc de proposer un examen médico-légal unique sur réquisition, le plus rapidement possible, effectué par un médecin compétent en médecine légale, entraîné, si possible expert judiciaire, pour répondre aux questions des enquêteurs, puis des magistrats. Sans agir au détriment de l'équilibre de la victime.

SYLVIE, PIÉGÉE PAR SON EX-COMPAGNON

Sylvie a quarante ans. Pendant presque un an, elle a vécu avec un homme dont elle vient de se séparer car il était un peu violent. Désormais, elle préfère rester seule pour élever ses

enfants. Mais le courrier continue d'arriver pour son ex-concubin et elle se propose de le lui apporter à son nouveau domicile. Le jour dit, il la fait entrer dans le petit pavillon qu'il habite maintenant. Une fois que son ex-compagne a franchi le seuil, il bloque la porte. Il devient entreprenant, puis menaçant. Sylvie ne veut évidemment pas se plier à son désir d'avoir encore un rapport. Elle essaie de sortir. Il l'attrape. Il veut la faire monter à l'étage. Elle refuse. Se débat. Il la coince dans les escaliers. La scène est violente. L'homme déshabille Sylvie de force. La jeune femme ne se laisse pas faire, mais il la maintient brutalement. Elle est d'abord allongée sur le dos sur les toutes premières marches de l'escalier. Elle dira : « J'étais allongée debout ». Elle se souvient de tout. Du tapis qui recouvrait les marches. De la violence croissante de son ex-compagnon. De sa tentative de lui infliger une pénétration orale. Elle refuse. Alors, il essaie de la pénétrer au niveau vaginal tandis qu'elle est encore couchée sur le dos, toujours sur les marches. Elle se rebiffe. Se

défend comme elle peut. Il la retourne et arrive à ses fins. Le rapport est complet, il éjacule en elle. Sans protection. Puis, il la laisse partir. Sylvie est très secouée. Jamais elle ne l'avait vu comme ça. Certes, il était parfois un peu saoul quand il rentrait à la maison mais jamais violent. Elle rentre chez elle pour se laver frénétiquement. Elle prend et reprend des douches, puis va consulter son médecin qui l'adresse aux urgences médico-judiciaires pour un bilan. Nous sommes à moins de trois jours des faits. La première impression qu'elle donne à son arrivée, c'est le sentiment de honte ; elle se présente la tête basse, elle craint de porter plainte. Et puis, très vite, l'existence de lésions traumatiques est constatée, qu'elle décrit ainsi : « Là, sur les bras, c'était avec le tapis, là, sur la cuisse, c'était lorsqu'il me tenait ». Effectivement, on aperçoit des lésions traumatiques semi-récents, des ecchymoses sur la jambe, des ecchymoses de prise, d'empaument à la racine de la cuisse droite qui évoquent l'écartement vers l'extérieur, des appuis digitaux qui sont

restés marqués de façon ecchymotique sur les tissus, la présence de lésions de frottements quand elle a été maintenue de force sur le tapis d'escalier. L'examen comprend la recherche de sperme pouvant permettre une identification possible de l'ADN, mais une surinfection locale a peut-être beaucoup compromis la persistance du sperme dans la cavité vaginale. Heureusement, Sylvie a parlé suffisamment tôt des faits ; cela permet d'apporter du poids et des preuves à son récit puisque'on retrouve cette réaction anxieuse tout à fait notable, en relation directe avec le contexte, mais aussi la présence de lésions de maintien, de prise, d'écartement, qui traduit bien sa résistance. Par contre, chez cette femme ayant déjà accouché plusieurs fois et ayant été opérée, la pénétration en elle-même n'a pas laissé de lésions traumatiques probantes. Ce que l'on observe, c'est l'expression fréquente de la violence envers les femmes, d'un pouvoir sexuel assumé par dérision, assumé par dépit. Mais est-ce bien là l'expression d'un pouvoir, ou tout au contraire celle d'une impuissance que l'agresseur veut se

LES MAUX POUR LE DIRE

Lorsque l'examen médical a lieu à distance des faits, le médecin légiste sait rechercher des indices pouvant se rencontrer au détour de situations d'abus sexuels. Ce que la victime ne dit pas avec des mots, elle le dit avec des maux. C'est là également que le rôle de la psychologue qualifiée en victimologie prend toute son importance pour aider à déchiffrer ces signes. La liste est longue et ce ne sont que des indices et non plus des preuves, comme peuvent l'être les prélèvements permettant une identification génétique. Que dire, par

exemple, de la petite fille qui, en écoutant les explications fournies sur l'examen qu'elle subit, sans rien dire des faits la concernant, prend doucement un poupon et une poupée pour les poser ostensiblement l'un sur l'autre, avant de reproduire un mouvement de va-et-vient du poupon sur la poupée ? De nombreux signes peuvent alerter le médecin légiste expérimenté et attentif, chez tous les types de victimes : difficultés à uriner, à aller à la selle, à dormir ou à manger, refus initial de se faire examiner, attitude agressive ou angoissée, comportement suicidaire ou autodestructeur, avec recours aux drogues ou à l'alcool, automutilations et fugues, régression chez l'enfant, énurésie ou incontinence fécale, troubles du comportement ou changement brusque dans la façon dont un jeune adulte handicapé mental se conduit, troubles d'attention ou de concentration de la victime adulte, pratiques sexuelles inadaptées, soit par crainte

du sexe opposé, soit par hypersexualité, ou comportement séducteur inapproprié envers les adultes chez le jeune enfant. Mais là, plus encore, la prudence est de mise et le médecin légiste se gardera bien de reproduire l'erreur d'Outreau où, soit dit en passant, seulement trois des trente enfants avaient passé un examen médico-légal, examen que le jeune juge, décidément bien peu expérimenté, avait choisi de remplacer par un examen psychologique, jugé moins traumatisant, au lieu de bénéficier d'une vision complémentaire si utile dans des cas extrêmement complexes. Encore eut-il fallu qu'il ait eu recours à un réel service de référence à proximité ! Le voyage de Dunkerque à Lille, où des unités performantes peuvent répondre à ces questions, était-il si difficile à entreprendre qu'on y ait ainsi renoncé pendant toute la longue instruction ? Je suis convaincu - puissé-je être convaincant - que la prise en charge des abus

sexuels nécessite l'intervention de praticiens spécialisés et multidisciplinaires, spécifiquement formés, habitués à travailler ensemble dans des unités de référence qui accueillent souvent ce type de victimes. Ils possèdent l'expérience, le savoir-faire et le savoir-être. L'intervention systématique du médecin légiste, dès qu'il pressent des abus sexuels, offre à la victime et à la Justice les meilleures chances de faire aboutir une affaire criminelle dont les assises seront plus tard les témoins, avec la fréquence que l'on sait.

Enfin, lorsque la plainte n'a pas été déposée et que se pose la question du signalement aux autorités judiciaires d'une victime de violences sexuelles particulièrement vulnérable (mineure, handicapée ou personne âgée), l'appel au médecin légiste permet une

coordination entre les différents intervenants, une vision expérimentée, une neutralité indispensable à l'élaboration du diagnostic et aide au signalement judiciaire. Comme cela se pratique dans l'établissement hospitalier où j'exerce. En 2008, il est encore bon de rappeler les propositions si mal mises en pratique d'une circulaire DGS/DH datant du 27 mai 1997, relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles. Au sujet de leur accueil en urgence, elle stipulait ceci : « *Celui-ci se fera en liaison avec le service de médecine légale, lorsqu'il en existe un dans l'établissement* ». Peut-être sera-t-elle mise en application un jour ? Je l'ai mise en vigueur et en valeur il y a quelques années déjà ! Et je n'en suis pas peu fier !

LES VIOLENCES
INTOLÉRABLES (TORTURE,
BARBARIE, MALTRAITANCES
SUR PERSONNES
VULNÉRABLES...)

La médecine légale confronte le médecin légiste, comme disait mon excellent maître, le professeur

Durigon, qui dirige le service de médecine légale du CHU Raymond Poincaré de Garches, à tout ce que l'homme peut faire, c'est-à-dire au pire. Avec une certaine crainte d'avoir à y faire face, nous savons que nous allons rencontrer des situations dramatiques ou insoutenables, celles que rapporte la presse spécialisée dans les faits divers avec une certaine délectation. Mais elles n'ont pas ce même aspect attirant lorsqu'on les voit de près, voire de l'intérieur, surtout quand des victimes vivantes nous livrent leur récit. Notre fascination morbide pour la barbarie, mêlée de crainte et de répulsion - j'ose l'espérer - se dévoile devant des événements qui ne suscitent pas que notre effroi et notre réprobation. Comment comprendre sinon que, sous la plume de Jonathan Littell en 2006, 883 pages narrant par le menu l'une des pires barbaries de notre monde moderne, aient obtenu la consécration sous le titre des *Bienveillantes*,

ouvrage récompensé par le prix Goncourt et le grand prix du roman de l'Académie française ! Un succès phénoménal de surcroît ! Fin 2007, plus de 700 000 livres avaient été vendus, plus de 700 000 lecteurs avaient montré leur intérêt à découvrir, du dedans, la barbarie et avaient suivi l'invitation macabre du narrateur, le *Hauptstrumführer* Max Aue. « *Frères humains, laissez-moi vous raconter comment ça s'est passé. (...) Et puis ça vous concerne, vous verrez bien que ça vous concerne.* » Tout près de nous, aujourd'hui, en France, dans votre département, dans votre ville, dans votre rue, des actes de violences intolérables, des actes de barbarie ont été, sont ou seront commis. Sur ce point, je suis d'accord avec Jonathan Littell. « *Ça vous concerne, vous verrez bien que ça vous concerne.* »

LA MALTRAITANCE SUR PERSONNES ÂGÉES EN CONSTANTE PROGRESSION

Commençons donc avec une maltraitance si répandue, si proche de nous, si banale qu'on l'oublierait presque. C'est un médecin légiste, le professeur Michel Debout, membre du Conseil économique et social, qui a remis, en janvier 2003, au secrétaire d'État aux personnes âgées, le rapport qui lui avait été commandé en septembre 2001, sur le thème « Prévenir les maltraitances aux personnes âgées ». Dans ce rapport, il était fait état de plaintes et de signalements de maltraitances sur personnes âgées, recensées par les statistiques du réseau ALlo Maltraitance personnes Âgées (ALMA), 67 % des

faits auraient lieu à domicile (les trois-quarts des plus de quatre-vingt-cinq ans vivent chez eux ou dans leur famille) contre 29 % en maison de retraite ou structure médicalisée. Les trois quarts des victimes de maltraitements sont des femmes très âgées, veuves et dépendantes physiquement (incontinence, problèmes respiratoires), ce qui correspond au déséquilibre femmes/hommes dans les 3^e et 4^e âges. Les violences peuvent naître de l'épuisement d'un conjoint, de l'agressivité d'un enfant contraint de prendre en charge un parent, ou de l'avidité d'un proche espérant un legs. L'éventail de ces violences et maltraitements sur les personnes âgées est vaste puisque les violences psychologiques, financières et physiques représentent 20 % du total pour chaque type de violences. Les maltraitements médicaux représentent environ 20 % et les négligences de tous ordres environ 5 %.

Que savons-nous concernant les situations de maltraitance sur les personnes âgées ? Que ces faits sont en constante progression (plus de 5 000 en 2000, contre 1 700 en 1995). Cette augmentation pouvant être liée à une meilleure information et une meilleure déclaration des faits d'une part, mais aussi à une réelle aggravation de ce phénomène. Notre société moderne a bien oublié cette proposition de loi du philosophe grec Platon : « *Quiconque sera reconnu coupable de violences sur ses parents sera d'abord banni à perpétuité de la ville dans une autre contrée, et se verra interdire tous les temples* ».

Le Conseil de l'Europe avait donné une définition de

la maltraitance à personnes âgées dès 1990. « Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. » Toute omission dans le cadre de la famille... à méditer peut-être ?

**TROIS DÉCÈS CONSTATÉS PAR JOUR,
IMPUTÉS À LA SEULE CANICULE !**

Je ne me rappelle que trop de cet été 2003 ! Une fois que les capacités des chambres funéraires locales

avaient été épuisées, quotidiennement, pendant deux semaines, je me suis rendu sur les lieux des décès et dans cet immense hangar frigorifique du Marché international de Rungis, sous protection policière, pour établir le rapport médico-légal des décès. Sur des lits de tentes militaires s'alignaient les housses contenant les cadavres décomposés des « vieux » et des « paumés » de la Seine-Saint-Denis que seule leur odeur avait fait remarquer au voisinage. Quotidiennement, j'ai constaté deux ou trois décès, simplement liés à l'abandon des miséreux et des trop vieux, des morts qu'on a imputées à la seule canicule. Il y avait là l'ouvrier polonais vivant dans son réduit de six mètres carrés, sans eau courante, qui y mourut de soif avant que l'odeur ne gênât ses voisins de palier et l'hôtelier marchand de sommeil. Il y avait là la grand-mère de plus de quatre-vingts ans, seule au 5^e étage, morte à côté de la feuille de soins bien payée

et de l'ordonnance d'un SOS-médecin. Celui-ci lui avait bien prescrit de l'eau minérale à boire en grande quantité... mais pas comment la faire parvenir jusqu'à elle ! Il y avait surtout tant de corps à identifier, à conserver si longtemps dans l'attente du retour des familles. Mais elles ne se sont pas précipitées pour autant pour interrompre leurs si belles vacances dans des endroits de rêve où le soleil cognait fort, là-bas aussi. À tel point qu'on en oubliait même de se tenir au courant de l'actualité brûlante et d'appeler ses propres parents. C'est dire ! Oui, je digresse ! Mais vous n'avez pas conscience de votre chance. Vous ne vous pouvez pas vous repasser en boucle les images que j'ai en mémoire et qui s'imposent à moi alors que je confie ces funestes souvenirs à mon ordinateur.

Rassurons-nous, la maltraitance et les violences sur les personnes âgées - l'appellation est moins perturbante que « nos aînés », non ? - restent constantes, se développent même, quelles que soient les conditions climatiques. Leur gravité vient du fait que leur âge augmentant, leur fragilité s'amplifie également. Souvent dépendants des autres, de la famille, de l'entourage, d'un auxiliaire de vie, du personnel de maison de retraite ou du personnel soignant pour manger, boire, se vêtir ou se dévêtir, se déplacer, aller aux toilettes quand ils le peuvent ou sur un bassin, pour se laver. Par leur fragilité et leur dépendance croissante au monde extérieur, ils se rapprochent des nourrissons. Sauf que, plus ces derniers prennent de l'âge, plus ils sont autonomes. Pour les personnes âgées dont les capacités se réduisent au fil du temps, c'est l'inverse qui se produit. La première particularité est celle de la

maladie ou de la polypathologie que présente la personne âgée dans la plupart des cas. Les violences ou les maltraitances, à la différence de l'enfant, vont avoir des effets sur une femme ou un homme déjà insuffisant cardiaque, insuffisant respiratoire, artéritique ou souffrant d'un diabète évolué. À ce stade-là d'ailleurs, ils sont tellement souvent malades ou hospitalisés que plus grand monde n'est étonné de voir leur état se dégrader. Quant à leur récit, s'il évoque des violences et des maltraitances à leur égard, les fonctions supérieures sont là pour faire prendre de la distance à leur interlocuteur, qui sait que la personne souffre souvent d'une démence ou d'une confusion liée à une maladie évolutive ou à un long parcours éthylique. Dans d'autres cas, le mauvais caractère légendaire de la personne âgée est un bon argument pour justifier de ne pas écouter la nouvelle récrimination, qui peut être fondée, cette

fois !

L'AMOUR EN HÉRITAGE

La seconde particularité est celle de l'intérêt potentiel à imposer des violences et des maltraitances, voire à précipiter le décès d'une personne âgée. Eh oui ! Le pouvoir d'achat, les biens, la maison... C'est l'ancien ou l'ancienne qui les détient ! Ce motif de poids est bien suffisant pour lui infliger le « bouillon d'onze heures » !

Souvenons-nous un instant des paroles de la chanson

« *les Flamandes* » de Jacques Brel :

« *Les Flamandes dansent sans sourire*

Sans sourire aux dimanches sonnants

Les Flamandes dansent sans sourire

Les Flamandes ça n'est pas souriant

Si elles dansent c'est qu'elles ont septante ans

Qu'à septante ans il est bon de montrer

Que tout va bien que poussent les petits-enfants

Et le houblon et le blé dans le pré

Toutes vêtues de noir comme leurs parents

Comme le bedeau et comme Son Éminence

L'archiprêtre qui radote au couvent

Elles héritent et c'est pour ça qu'elles dansent »

Elles héritent ! C'est bien ce qui les rend intéressantes au fils sans emploi, alcoolique et divorcé après avoir été si violent avec sa femme et revenu vivre chez sa mère maintenant veuve, ou bien au petit-fils toxicomane à la dérive, sorti par mesure disciplinaire des foyers, à qui une grand-mère qui l'a connu petit et si gentil ouvre sa porte. Bien imprudemment !

Le médecin légiste va encore une fois être le témoin de toutes les formes de violence et de maltraitance qui peuvent se présenter, avec plus ou moins de poids pour aider à faire pencher du bon côté

la balance de la justice. Les violences physiques, comme les coups, les gifles, les bousculades, les fractures, les chutes se rencontrent dans le milieu de vie (familial au sens large ou institutionnel) mais également souvent dans la rue ; pour un vol, pour une agression sans motif, le risque est grand pour ces personnes sans défense. Dans une thèse de médecine que j'ai dirigée récemment, il a été recensé toutes les victimes âgées de plus de soixante ans examinées en 2003 aux urgences médico-judiciaires du CHU Jean Verdier, suite à des agressions. La moyenne d'âge des personnes agressées est soixante-dix ans, soixante et un ans pour la plus jeune et quatre-vingt-six pour la plus âgée. L'ITT de 8,9 jours, allant jusqu'à 90 jours. En utilisant comme référence 8 jours, ce qui correspond à la référence légale qui détermine le délit, nous avons observé 63,8 % des cas avec des ITT inférieures à 8 jours et 36,2 % d'au moins 8 jours. Le

plus troublant, c'était que l'agression avait lieu au domicile dans 37,5 % des cas, entre 9 heures et 21 heures dans 46,8 % des cas ! Dans cette thèse basée sur l'activité d'un important service d'urgences médico-judiciaires, les motifs retenus étaient, par ordre décroissant, 70,4 % de violences volontaires dont 7,4 % contre ascendant, 5,9 % de vols avec violences et environ 4 %, représentés par les extorsions, violences involontaires, homicides involontaires et attouchements physiques. Plus de la moitié seulement des agresseurs étaient inconnus, très largement masculins et agissant seuls. Ce qu'il faut noter, c'est que contrairement aux agressions chez des adultes dans la force de l'âge, nombre de ces agressions ont nécessité un suivi ultérieur avec une prise en charge chirurgicale (fractures diverses) ou par un spécialiste et pour certaines une hospitalisation immédiate. La part psychologique est très importante

puisque dans un tiers des cas, il a fallu instaurer un suivi psychologique : une personne âgée sur dix dans notre série gardant, avec le recul, des traces psychologiques importantes de l'agression.

LA MAISON AUX LILAS BLANCS OU LA MAISON DE L'ÉPOUVANTE

Dans cette maison de retraite, appelée La Maison aux lilas blancs, vivent vingt personnes âgées dans un cadre qui pourrait presque être idéal. Perdue dans la campagne, cette grosse bâtisse a jadis été un grand corps de ferme. Elle abrite maintenant les personnes qui lui sont confiées pour y couler des - derniers - jours heureux. On s'attend à trouver des

pensionnaires en pleine possession de leurs moyens, même s'il s'agit de personnes âgées, mais beaucoup de bruits courent sur l'établissement. Les habitants du village, les voisins s'étonnent de ne presque jamais les voir sortir ou arpenter les rues, pourtant calmes. Et puis, il y a cette employée de La Maison aux lilas blancs. Elle a vu des choses, des choses qui lui ont semblé tellement choquantes qu'elle s'en est ouverte aux gendarmes. Et puis, il y a eu cette visite à l'un des résidents - peut-être le seul à en recevoir -, qui a choqué le visiteur au point qu'il est allé aussi se plaindre à la gendarmerie. La rumeur gronde et s'installe peu à peu.

Au matin d'une journée de printemps, lorsque six heures sonnent, le procureur de la République, le médecin légiste, une infirmière, accompagnés de gendarmes, se présentent à la porte de l'établissement où tout et tous semblent encore endormis. Le spectacle désolant va être à la hauteur des bruits entendus et le

dépasser. Dans les chambres, deux, parfois trois pensionnaires. Dans des lits aux barreaux relevés, des personnes âgées très handicapées, délaissées, sans soin, sont découvertes dans des chemises de nuit en haillons, avec des draps qui ne valent guère mieux, laissées là à macérer toute la nuit dans la souillure. Personne pour les garder. Personne pour veiller sur elles. Personne sauf une veilleuse de nuit qui bénéficie d'un petit logement. Une fois les retraités couchés, elle ne leur porte aucune attention et les abandonne à leur triste sort pendant toute la nuit.

Elle fait une drôle de tête lorsqu'elle doit ouvrir la porte au procureur qui la réveille et lui fait constater l'état de la maison de retraite. Partout, une saleté incroyable, pas d'installations sanitaires mais des pots qui traînent plus ou moins remplis. Selon les chambres et leurs occupants qui peuvent tantôt répondre, tantôt geindre ou ne rien faire. Pour

les maintenir calmes le soir, on leur administre des doses de neuroleptiques que la propriétaire de la maison distribue très largement, sans doute avec le total assentiment du médecin et d'une infirmière qui interviennent ici régulièrement sans se poser le moindre problème de conscience professionnelle ou d'éthique. Sur chaque personne, surtout les moins mobiles, ce sont des lésions de macération, des ecchymoses parce qu'on les a maintenues de force pour les recoucher ou les bouger. Quelle saleté ! L'état général très altéré saute aux yeux lorsque, l'une après l'autre, les chambres sont ouvertes et visitées et les examens médico-légaux réalisés pièce après pièce, lit après lit, personne après personne. Pas question de les reconforter en leur servant un café dans la cuisine ! L'état de crasse innommable de cette pièce ne le permet pas. Des repas préparés plusieurs jours à l'avance sont entassés. Des aliments mitonnent dans des bouillons étranges, l'ensemble ayant dépassé depuis bien longtemps les dates de péremption. Pour gérer tout cela, deux pauvres femmes de ménage qui

doivent veiller à la cuisine, faire le ménage, s'occuper des pensionnaires, leur prodiguer les soins... On est bien loin de ce qui conviendrait à ces personnes aussi handicapées, devenues simplement une source de rentabilité pour la propriétaire des lieux.

Cette Maison aux lilas ressemble plus à un mouroir tragique qu'à une résidence du quatrième âge. Transportées dans de multiples services ou maisons médicalisées capables de les accueillir correctement, les personnes âgées vont pouvoir être prises en charge. Leurs bilans vont bien évidemment correspondre aux constatations : bon nombre d'entre elles présentent des dénutritions sévères, des infections dues aux effets de la macération et de l'absence de soins, des syndromes inflammatoires, des excès thérapeutiques traduisant des surdosages dans les médicaments tranquillisants et neuroleptiques administrés. Pour compléter le tableau de cette

épouvantable maison, douze des vingt pensionnaires étaient régulièrement soumis à ces maltraitances au quotidien, les menant directement à la fin de vie sans qu'aucun de leurs proches ne s'alarme. Il en a fallu du temps pour que cette histoire soit mise au jour. L'établissement avait pourtant bénéficié des autorisations et des agréments !

On ressort de là avec l'impression terrible, en tant que médecin, que des confrères et des soignants ont participé à cette ignominie, ont été mêlés à cette maltraitance, à cette négligence de l'humain.

On ressort aussi avec une grande interrogation : quelque part, ailleurs, dans un autre endroit, peut-être tout proche, des choses identiques n'existent-elles pas ? Des choses que le

silence des proches tait et taira jusqu'à ce que l'information judiciaire ne découvre le scandale qui était sous les yeux bien baissés de tous les voisins, des personnes employées dans ces établissements et des familles qui délaissent leurs aînés. La loi pénale a sans doute oublié la loi que Platon proposait : « Quiconque sera reconnu coupable de violences sur ses parents sera d'abord banni à perpétuité... ». Mais nous nous répétons !

VIOLENCES FINANCIÈRES, MÉDICAMENTEUSES...

Bien plus difficiles à mettre en évidence, les violences psycho-logiques comportent chantage, injures,

harcèlement, paroles blessantes, humiliations, menace de placement, infantilisation..., violences auxquelles on peut associer les lettres personnelles ouvertes, les privations de relations sociales. Le médecin légiste a souvent la preuve de ces violences dans les écrits laissés par la personne âgée lors d'un suicide, mort qui n'est pas criminelle et dont le véritable auteur, au sens de la responsabilité morale, sera également et très légalement l'héritier. Pourra-t-on imaginer un jour le motif d'incitation au suicide pour ces affaires ? On ne sait jamais ! En tout cas, ce phénomène bien réel est mis en évidence par les autopsies psychologiques que nous pratiquons devant ces suicides, ces techniques d'investigation du processus suicidaire de façon rétrospective. Les violences financières comme le détournement d'argent, la rétention de pension, l'usage abusif de procuration bancaire, l'abus de confiance... sont de l'ordre de l'enquête judiciaire, il

faut connaître les limites de la médecine légale. Par contre, le rôle du médecin légiste comme expert en maltraitements devient capital avec le dépistage des victimes de négligences, soit actives, comme celles liées à la privation de nourriture et/ou de soins nécessaires, soit passives, comme le refus d'offrir l'aide nécessaire à la toilette, à la prise des repas ; enfin, les violences médicamenteuses avec excès des doses de médicaments données à la personne ou, a contrario, refus de fournir les médicaments, les soins ou le matériel nécessaires au bien-être de la personne (lunettes, prothèses...).

C'est en sensibilisant nos collègues des services d'urgence extra-hospitaliers et hospitaliers, de médecine, de gériatrie que toutes les chances sont données pour intervenir à temps et récolter toutes les

preuves utiles. Se donner les moyens d'un bilan initial est fondamental. À l'arrivée du patient dans un service, le bilan médico-légal permet de collecter tous les éléments de la maltraitance, les vêtements souillés et déchirés, qui finissent, sinon, logiquement dans la première poubelle, de réaliser un bilan photographique complet, lésionnel et staturo-pondéral, de prélever par un bilan sanguin précoce tous les marqueurs de la dénutrition (albuminémie et pré-albuminémie, numération formule sanguine à la recherche d'une anémie, etc.). Il permet également de réaliser un bilan infectieux chez des personnes âgées qu'on laisse s'infecter. Le rôle du médecin légiste dans l'urgence est encore plus important lorsqu'on évoque le sur- ou sous-dosage d'un traitement. Il faut avoir le réflexe rapide et être en parfaite phase avec les urgentistes pour que tous les prélèvements soient effectués, sur les bons supports, avant toute

thérapeutique, malgré le désir plus que logique de traiter la personne. C'est par téléphone que le contact entre l'urgentiste et le médecin légiste s'établit, que les instructions de prélèvement sont données, conservant ainsi traces et indices.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Les maltraitances sur personnes vulnérables ont-elles augmenté ?

Je suis assez alarmiste sur les violences exercées sur les personnes vulnérables. C'est un phénomène que l'on voit de plus en plus souvent. Au sens pénal du terme, ces victimes ont

un déficit physique ou psychique. Il est facile pour certains individus de s'en prendre à eux et cela peut même devenir un jeu. Non seulement la maltraitance existe pour ces personnes par la privation de soins mais ce sont aussi quelquefois des actes réels de torture. On voit aussi beaucoup de violences sexuelles sur des adultes ou des mineurs handicapés. L'auteur suppose sans doute que la victime ne va pas être capable d'engager une procédure et que la parole de l'handicapé mental ne tiendra pas face aux récits d'un adulte. On croise donc ce genre de violences sur personnes handicapées de plus en plus fréquemment. Il y a aussi des violences sur des personnes vulnérables socialement, comme le SDF, le clochard, le jeune qui se retrouve à la rue ou habite en foyer. Ces personnes sont des souffre-douleur, c'est la loi du plus fort qui règne souvent et la fréquence et l'importance de ce genre d'actes semble augmenter d'année en année.

Avez-vous un rôle de prévention contre ce type de violence ?

Mon rôle est de faire savoir, de communiquer sur ce genre d'événements et sur les tendances victimologiques. Les articles publiés dans les revues de médecine légale, les interventions, les dépositions devant les cours d'assises, les présentations des bilans de l'activité des services médico-judiciaires qui regroupent un peu tout l'éventail de la violence, permettent d'avoir une observation des phénomènes de violences et de communiquer. Nous avons donc ce rôle d'observateur de santé publique. Nous avons publié récemment un article qui relatait un acte de torture sur personne vulnérable et nous l'avons intitulé « Ça s'est passé près de chez vous », pour insister sur la banalisation de la violence et d'actes totalement gratuits.

Aux UMJ, vous percevez toute la noirceur de

l'être humain. Quels types d'actes de torture et barbarie rencontrez-vous ?

En effet, en médecine légale nous sommes confrontés à ce qu'il y a de pire. Lorsque les auteurs d'actes de torture et de barbarie agissent, je pense que c'est par jeu sadique. Souvent, des enregistrements sur téléphones portables et sur vidéos sont utilisés pour pouvoir diffuser largement les images. Dans bon nombre de cas, nous rencontrons des brûlures par cigarette mais aussi par fer à repasser. Nous croisons aussi des personnes victimes de mutilations et qui subissent des violences très importantes avec une inutilité certaine. Les auteurs de ces jeux sadiques, sans doute victimes de déviances psychotiques, sont des personnes qui se distancient du monde réel et se réfugient dans un autre, virtuel, atténuant ainsi les conséquences de leurs actes.

Y en a-t-il souvent ?

On en voit de plus en plus. On voudrait que ces histoires soient purement exceptionnelles mais il n'est pas rare d'en rencontrer environ une fois par mois. Il semble que, quelquefois, l'escalade criminelle est telle que la violence arrive à son apogée avec des actes de tortures et de barbarie. Ces différents actes s'assimilent ou se rapprochent de ce qu'on appelle « tortures et barbaries » et qui en prennent l'apparence mais ne vont peut-être pas être qualifiés ainsi par le magistrat. Dans tous les cas, il y a acharnement et, dans certaines histoires, le choix de la victime est calculé : vulnérables et faibles. Le magistrat gardera sans doute le terme de « violences sur personne vulnérable ».

Qui sont les auteurs de tels actes ?

Dans un bon nombre de cas, ce sont des personnes connues de

près ou de loin par la victime. On peut, en effet, être victime de ses proches. J'ai vu, par exemple, une personne paralysée après un accident cérébral, torturée par ses proches. Ou bien, c'est un jeune qui a été victime de tortures et barbaries par ses voisins qui avaient profité de sa vulnérabilité. Souvent, les personnes se connaissent. Ce sont des actes gratuits, il n'y a pas d'utilité dans cet usage de la torture si tant est qu'elle se justifie.

Avez-vous rencontré des cas étranges ou bien sont-ce des cas plutôt similaires ?

Ce qui est étrange, c'est la similitude des modes de suicide et les épidémies suicidaires. Sans que l'on sache pourquoi, dans un même lieu, ou à proximité et sans qu'il y ait d'effet médiatique, on voit se reproduire des suicides par pendaison. C'est une série qui commence. On constate aussi ce phénomène

concernant les suicides chez les personnes âgées ; sans que les gens aient de relations entre elles et sans avoir pris connaissance de l'histoire, il peut y avoir des épisodes suicidaires. C'est toujours extrêmement perturbant d'essayer de comprendre pourquoi dans une même période et dans un même environnement, des actes similaires se déroulent.

Vous supportez l'insupportable. Comment y parvenez-vous ?

L'insupportable est une notion très subjective. On doit essayer d'avoir une attitude très professionnelle. Notre façon de tenir le choc, c'est de nous savoir utiles envers la victime. De l'importance de nos constatations, de leur qualité, de leurs détails, vont émerger, pour le magistrat, des possibilités de protéger la victime et de poursuivre les auteurs. Cela nous permet d'affronter l'intolérable. Je pense que « supporter

l'insupportable » n'est pas possible. À mon avis, le jour où cela arrive, on n'est plus en état d'exercer ce métier. Car nous sommes obligés d'avoir de l'empathie, c'est-à-dire d'avoir un accueil et une compréhension vis-à-vis de la personne tout en restant professionnels et distants.

Avez-vous déjà refusé une consultation à cause d'un acte de barbarie ?

Non. J'ai toujours eu une réaction de dépassement devant ce que l'homme pouvait accomplir et une grande perplexité devant la gratuité d'une telle violence adressée à quelqu'un de vulnérable. À l'issue de ces examens, je suis triste. Je suis triste pour l'humanité dont je fais partie.

ALCOOLISME, TOXICOMANIE,

PROBLÈMES FINANCIERS : DES FACTEURS AGGRAVANTS

Lorsque l'on pense à une maltraitance, avant de la signaler comme le code pénal permet au médecin, le légiste endosse le rôle d'enquêteur, à un moment où les enquêteurs judiciaires ne sont pas au courant d'un fait délictuel, voire criminel, comme un empoisonnement. La maltraitance surgit de la conjonction de plusieurs facteurs. Certains liés à la personne âgée, d'autres à l'environnement de vie, d'autres enfin, à l'auteur. Plus le degré de dépendance physique ou psychique, les états démentiels, l'isolement social sont importants, plus la personne âgée est exposée. Lorsque s'ajoute la présence d'alcoolisme, de toxicomanie, de problèmes

financiers, de fragilité psychologique ou encore d'antécédents de violence familiale chez ceux qui l'accueillent, surtout si la personne âgée est hébergée dans des locaux, géographiquement isolés, trop exigus ou inadaptés à son degré de dépendance, la conjonction de tous les facteurs est réunie. Et le risque d'une maltraitance particulièrement élevé. D'une manière générale, on s'accorde à dire que les victimes sont en majorité des femmes très âgées et isolées aux plans relationnel et social, très dépendantes pour les soins de base, souffrant d'un handicap exigeant de l'aide quotidienne. Il peut s'agir notamment d'une maladie mentale ou dégénérative, ce qui n'empêche pas ces femmes de confier qu'elles ont été victimes d'agression. Et puisque l'on est en train de broser le portrait type de la victime, on peut essayer de dresser le portrait-robot de l'auteur. Ce dernier n'est pas préparé à s'occuper d'une personne

malade, surtout âgée, dépendante ou souffrant de maladie chronique. Vivant avec la victime dont il (ou elle) s'occupe depuis plusieurs années, il (ou elle) ne reçoit aucune gratification pour cette charge, se plaint de la situation et est peu disposé(e) à assumer les obligations associées à la condition de la personne âgée. Il faut bien l'avouer : ce portrait-robot correspond tout autant aux cas de la Somme - département peu favorisé de la Picardie - qu'aux cas observés chez nos voisins de la si tranquille et prospère Suisse. Le risque est encore plus important si le statut économique de l'aidant est en étroite relation avec l'argent que la personne âgée lui verse ou avec ce qu'elle possède. S'il est lui-même sans relation sociale, à l'écart de services sociaux et médico-sociaux qu'il refuse souvent, s'il souffre d'une addiction à l'alcool, aux psychotropes ou aux stupéfiants, le risque ne peut qu'augmenter. Dans

tous les cas rencontrés, la vigilance s'impose et un contact étroit doit être établi avec la personne âgée afin de prévenir l'aggravation de la situation. Lorsque le doute existe, un bilan physique, biologique et métabolique, radiologique et psycho-comportemental est nécessaire pour comprendre les phénomènes qui peuvent surgir : perte de poids, chutes à répétition, aggravation neurologique qui peuvent être liés à un état antérieur et à ses complications, mais aussi à des épisodes de violence, de maltraitance ou de négligence des soins élémentaires pouvant avoir des conséquences fatales chez des personnes fragilisées. L'œil et l'expérience du médecin légiste sont un apport pour les médecins et les paramédicaux qui rencontrent ces cas difficiles. On se retrouve - au début, au moins - sans le soutien des enquêteurs, qui ne sont pas encore prévenus des faits. Nous l'avons déjà évoqué dans un précédent chapitre mais nous

l'évoquerons encore et encore, afin de garder en mémoire la maltraitance collective infligée à nos « anciens » pendant la canicule de l'été 2003. Leur abandon fut la source de toutes les négligences et les carences qui les ont conduits là où l'on sait. Serait-ce trop demander que cette maltraitance collective disparaisse du triste paysage qui s'offre au médecin-légiste ?

ÉMILE, VICTIME D'ACTES DE BARBARIE

Émile vit seul dans la petite maison qu'il a héritée de ses parents. Il est plus ou moins clochardisé, et on le retrouve plus souvent sur le banc de la place voisine plutôt qu'à son

domicile. Émile boit. Sans doute beaucoup trop et depuis très longtemps. Ce soir-là, toujours sur son banc, toujours seul, il devient une cible ou un jouet pour des auteurs d'actes de barbarie qui vont être commis. Sans raison aucune. Trois ou quatre jeunes s'approchent de lui et, sous prétexte de lui demander une cigarette, vont monter peu à peu le ton, puis l'emmener à l'écart dans un coin discret. Là, ils vont commencer par des vexations et lui asséner quelques coups. Ils ont bu, eux aussi, et probablement fumé du cannabis. Ils sont très excités, ils rient. Ce jeu cruel semble les amuser. Ils rient de la peur qui se lit sur le visage de l'homme qui n'a pas soixante ans mais qui en paraît vingt de plus. Un homme terrorisé et à leur merci. Ils vont d'abord le déshabiller en partie, le mettre en slip. Le rendre ridicule. Se moquer de lui, de ses vêtements sales, de ses sous-vêtements souillés ; la peur lui a fait perdre toute retenue. Très vite, comme dans une scène d'Orange mécanique, le jeu va prendre une autre ampleur : les coups vont devenir plus forts. L'un d'entre eux a l'idée

d'augmenter la frayeur de la victime qui se recroqueville en voyant s'approcher la flamme d'un briquet. Et puis, parce que c'est encore plus drôle de le voir gigoter et se tordre de douleur, les tortionnaires vont commencer à le brûler fortement. Sur les jambes qui sont découvertes. Sur les cuisses. Juste en dessous de ce caleçon sans allure qui les a tant fait rire. Et puis, ils vont le brûler profondément juste à la limite du scrotum, une brûlure intolérable qui creuse. Ils vont sans cesse agiter la flamme devant les yeux de cet homme à la dérive. Près. Très près. Encore plus près. Au point d'atteindre la cornée et les cils. Avec la même absence de raison qui les avait inspirés pour torturer leur proie. Une barbarie incompréhensible. Puis, ils cessent leur jeu sadique. D'un seul coup. Puisque ça ne les amuse plus, ils s'en vont. Ils le laissent, lui donnant quelques coups de pieds alors que le pauvre homme est encore au sol, recroquevillé. Ils partent sans plus d'explications.

Émile parvient à rentrer chez lui. Enfin. La honte l'empêche de parler, d'aller voir un médecin, d'aller demander secours. Pendant plus d'une longue semaine. Ses douleurs sont vives et les plaies qui se creusent sont sales et le font souffrir. C'est la peur chevillée au corps qu'il va finalement se confier à un gendarme. Il a peur que ses agresseurs ne reviennent. Peur qu'ils ne le soumettent à nouveau à leurs jeux barbares. C'est un homme effrayé qui va être présenté aux urgences médico-judiciaires. Ses lésions sont encore bien nettes avec des modifications d'une paupière et une infection locale des cils qui commencent à peine à repousser et une petite atteinte de la cornée où apparaissent déjà les premiers signes de la cataracte. Au niveau du scrotum, une plaie suintante, non soignée, en cratère, essaie difficilement de cicatriser. De plus, l'homme est dans un mauvais état général. Sur une fesse, de nombreuses brûlures ayant convergé forment une plaie qui s'étend sur une dizaine de centimètres et l'empêche de s'asseoir. Sur les

jambes, quelques traces de brûlures plus superficielles ont néanmoins enlevé tous les poils. Mais c'est surtout l'effroi qui se lit dans son regard. Il est perdu et cherchera sans doute à se perdre davantage encore. Émile a été une proie facile ; il a subi une torture sans raison, si ce n'est de meubler un temps l'existence de quelques jeunes. Reste, après l'avoir pris en charge du mieux possible, notre questionnement sur l'humanité. Sur notre propre humanité et celle de notre prochain...

L'ACTUALITÉ CRIMINELLE DE
FÉVRIER 2006 EN FRANCE A ÉTÉ
MARQUÉE PAR L'AFFAIRE DU « GANG
DES BARBARES »

Un jeune homme, kidnappé et torturé pendant trois semaines, était mort peu après la découverte de son corps le long d'une voie ferrée. Ce phénomène n'a pas échappé à la médecine légale, bien sûr. La cruauté des tortures infligées, l'acharnement et l'imitation d'une affaire d'enlèvement, portée à l'écran par Bertrand Tavernier dans *L'Appât* en 1995, nous interrogent sur cette hyper-violence actuelle. On est en droit de se demander si les phénomènes d'imitation n'ont pas une grande part de responsabilité. L'influence des modèles d'hyper-violence diffusés par les médias comme le cinéma et la télévision est reflétée par une fascination du public jeune. Des films extrêmement violents sont devenus cultes, comme *C'est arrivé près de chez vous* qui se présente sous la forme d'un faux documentaire sur Ben, un tueur belge sans scrupule, amoral, vantard, sentencieux et donneur de leçons. Réalisé en noir et blanc par Rémy Belvaux et

Benoît Poelvoorde, satire noire et grinçante du documentaire, le film souligne le goût du sensationnel et frappe aussi par sa violence parfois insoutenable. A-t-il été compris au premier ou au second degré ? Cette même question peut être posée au sujet de *Natural born killers*, traduit par *Tueurs nés* en France, film d'Oliver Stone, sorti en 1994 et coécrit par Quentin Tarantino. Deux tueurs en série, Mickey et Mallory Knox, vont voir leur aventure violente montée en épingle par un animateur de télévision venu les filmer au sein de leur prison. La violence de ce film n'est pas décriée mais vue avec une étrange fascination qui a influencé bon nombre de spectateurs. Pire encore, les études américaines ont montré que sur 81 jeux vidéo à succès, 98 % contenaient des épisodes violents, 90 % récompensaient ou obligeaient le joueur à blesser un personnage virtuel, 69 % le contraignaient à tuer.

Quoi de plus logique quand les jeux s'intitulent *Deadly Arts* (Arts mortels), *Killer Instinct* (Instinct de tueur), *Street Fighter* (Combattant des rues), *Ultimate Fighting Championship* (Championnat de combat à mort). Le risque théorique d'une imitation d'une violence gratuite, vécue par ses auteurs comme un jeu, est malheureusement illustré par des cas d'une rare gravité, comme celui d'un jeune homme que j'ai personnellement examiné et qui a été victime d'actes de torture et de barbarie.

STEVE, UN INVENTAIRE TRAGIQUE DE LÉSIONS

Un jeune homme de vingt-trois ans, en situation de précarité, est admis dans un Service d'accueil et d'urgences (SAU) pour des violences multiples, suite à une séquestration de moins de vingt-quatre heures. Interrogé par l'équipe médicale, Steve dit avoir suivi des jeunes qu'il connaissait, avoir bu et fumé du cannabis avec eux. Lors de la soirée, ses acolytes l'ont ligoté, torturé, pour lui voler les quelques euros qu'il possédait et un téléphone portable. Il va subir des violences multiples avec des coups de poing et de pied répétés sur l'ensemble du corps, et divers actes de torture dont des brûlures par fer à repasser, lame de couteau chauffée à blanc, liquide enflammé, briquet et cigarettes. Il sera rasé à vif pour lui peler certaines parties de la peau du dos des mains et des joues. Enfin, il a également dû ingérer de force de l'eau de Javel. Profitant de l'absence momentanée de ses ravisseurs, Steve a pu s'échapper de l'appartement et s'est réfugié au poste de police le plus proche avant d'être conduit aux urgences par les pompiers. Là, un examen médico-légal avec documentation photographique sera

effectué par le médecin des urgences médico-judiciaires, en parallèle avec le bilan et les premiers soins donnés par le chirurgien du SAU. Le bilan clinique met en évidence un inventaire tragique de lésions : plaies cutanées par une lame fine type rasoir, lésions « à l'emporte-pièce » avec pertes de substance cutanée mettant à nu le derme profond, sur la face et le dos de la main.

Des contusions multiples étaient présentes sur plusieurs parties du corps, dont la face et le dos, avec une augmentation associée des enzymes musculaires traduisant l'importance des violences. Des brûlures étendues et de natures diverses constituaient une large partie des lésions observables, allant des cheveux en arrière de la nuque au thorax et aux bras, en coulures ou projections de flammes. Des brûlures noirâtres nécrotiques par une pointe de couteau chauffée sont situées à l'arrière du cou, sur l'épaule gauche, sur le thorax, sur les

bras et les deux pieds. Pire encore, des brûlures par fer à repasser à vapeur sur le haut du dos, des brûlures par cigarettes et une de troisième degré par flamme de briquet.

Dès l'admission de la victime, l'importance et l'étendue des brûlures (25 % de la surface corporelle) s'accompagnaient de douleurs majeures calmées par les morphiniques. Confirmant l'ingestion d'une base (eau de Javel diluée), des lésions gastriques d'ingestion de caustique peu concentré étaient présentes sur la fibroscopie réalisée. Compte tenu de la nature et de l'amplitude des lésions, de la nécessité de soins prolongés, de la gravité des contusions musculo-cutanées et des lésions gastriques, une ITT au sens pénal de trente jours a été évaluée. Le plus évident, outre les brûlures nécessitant un traitement spécialisé, était la réaction de stress post-traumatique avec souffrance psychique notable. Initialement peu évidente, elle va se révéler dès les premiers jours de

l'hospitalisation et persister longtemps (angoisse, hypervigilance, troubles du sommeil, phobies). L'ensemble des lésions présentées par la victime (brûlures diverses et mutilations cutanées) caractérisaient des actes de violence et de torture au sens de la définition pénale des faits prévus à l'article 222-1 du code pénal français qui stipule que « le fait de soumettre une personne à des tortures ou à des actes de barbarie est puni de quinze ans de réclusion criminelle. » Une torture que l'on pensait à jamais disparue dans certaines noires circonvolutions de la mémoire de l'Histoire.

L'explication des actes de torture et de barbarie est sans doute multiple. Le mode opératoire retrouvé évoque souvent celui du fait divers retentissant, survenu peu de temps auparavant. L'influence d'événements violents de l'actualité médiatisés,

même si elle n'est pas clairement identifiée par les auteurs des actes de torture, joue un rôle. On peut discuter de l'influence des médias, au sens large, dans les phénomènes de violence tels qu'on les observe actuellement. Les études sont de plus en plus nombreuses sur l'impact des médias relatant ou manifestant un caractère violent - du journal télévisé aux films et aux jeux vidéo. De nombreux programmes télévisés, longs métrages ou encore clips vidéo banalisent le port d'arme et le glorifient comme s'il était synonyme de pouvoir. Des comités d'experts de santé publique estiment que les médias, dans leur ensemble, provoquent chez les adolescents une très nette diminution des attitudes pro-sociales ainsi qu'une très nette augmentation de pensées agressives et une levée des inhibitions.

Cette violence véhiculée et perçue comme un moyen de « toute-puissance » amène insidieusement à désensibiliser aux conséquences de la violence réelle. Peut-on alors trouver une corrélation entre délinquance et violence médiatique ? C'est bien cette réalité que le médecin légiste rencontre aujourd'hui. Notre expérience nous fait répondre par l'affirmative. Cependant, on ne peut se contenter d'expliquer ces passages à l'acte violent par la seule influence de la télévision ou des jeux vidéo ; l'influence sera plus nette chez des personnes qui ont des prédispositions à un comportement agressif de par leur personnalité et/ou des facteurs extérieurs (violences familiales, addictions...). Gabriel Tarde, philosophe et sociologue de la fin du XIX^e siècle, tenait l'imitation pour l'une des causes sociales du crime. La presse écrite, au XIX^e siècle, transmettait des modèles qu'elle diffusait chez les populations urbaine et rurale. Avec

la diversité et l'évolution des médias, on note une propagation plus rapide et plus étendue des modèles d'imitation. L'interaction des deux imitations nous donne un élément de compréhension face à l'accroissement de la violence. Les phénomènes criminels changent et suivent la mode, si l'on peut dire. Un nouveau crime chasse le précédent qui fera partie intégrante de la société jusqu'au prochain. C'est ce que l'on observe actuellement chez les victimes examinées aux urgences médico-judiciaires ; le degré de violence allant crescendo tout comme la variabilité des modes de violences avec certaines tendances du moment, par exemple, filmer les violences.

À la fin du xx^e siècle, la psychanalyse s'est intéressée de manière tardive à ce genre de phénomène. Claude

Balier parle de « recours à l'acte » qui se manifeste par le biais de la toute-puissance face à un objet externe, provoquant une menace d'anéantissement, avec la représentation de soi fondée sur la destruction physique et psychique de l'autre. Ce narcissisme à l'état pur amène à un déni de l'autre ou de toute notion d'altérité ; il se traduit par des actes où la violence gratuite est maîtresse. Si le médecin légiste ne peut se prononcer sur la cause, il n'en observe pas moins ces phénomènes.

DR JEKYLL ET M. HYDE

Plus prosaïquement, un autre élément contribue à

expliquer la multiplication d'actes de violence effrayants : l'existence d'une part de troubles de la dissociation des auteurs, perçus comme des personnalités banales par leur entourage, mais pouvant être également les auteurs d'actes de torture ou d'agression sexuelle, à l'image du Dr Jekyll et de M. Hyde. Cette dissociation permettant la réalisation d'une hyperviolence perçue comme virtuelle, est proche ou constitutive d'une psychose. Pour qu'autant de cas soient observés, on ne peut qu'évoquer l'utilisation d'un toxique largement répandu. Ce fut le cas avec l'absinthe à la fin du XIX^e siècle. Il est remplacé aujourd'hui par le cannabis dont la concentration en produit actif ne cesse d'augmenter. Des revues médicales récentes ont fait la preuve du lien entre la consommation de cannabis et l'apparition de psychoses, notamment schizophréniques, comme celui du lien entre cannabis

et violence. Les effets psychotiques du delta 9 - tétrahydrocannabinol (THC), principe actif du cannabis, augmentent avec la concentration en THC, concentration que l'on mesure dans les prélèvements effectués aux UMJ, sur des consommateurs impliqués dans des violences ou de simples délits routiers.

En 2004, dans les « *coffee-shops* » hollandais, le cannabis « *Nederhasj* », produit sous forme de résine à partir de la marijuana hollandaise, contenait 39,3 % de THC contre 18,2 % dans les cannabis importés. Selon les laboratoires de la gendarmerie nationale de l'Institut national de police scientifique et les laboratoires d'expertise, en 2004, les échantillons de résine saisis en France contenaient entre 10 et 15 % de THC pour 32 % d'entre eux. Avec de telles concentrations, la corrélation avec une fréquence

augmentée des troubles parapsychiatriques chez les consommateurs de cannabis semble claire ; elles facilitent hallucinations, attaques de panique, états psychotiques aigus et ce « recours à l'acte » sans raison apparente observé dans les comportements de violence d'imitation. L'ultraviolence devenue un jeu sous l'effet des « synthémesc », qu'Anthony Burgess avait imaginée dès 1962, est maintenant passée de l'imagination d'un écrivain à la réalité médico-légale et constitue, comme les autres violences, un problème actuel de santé publique. Qui est aux premières loges pour observer ce phénomène ? C'est le médecin légiste, bien évidemment, particulièrement dans les structures d'urgences médico-judiciaires.

LES TOXICOMANIES ET
LEURS CONSÉQUENCES
(COMPORTEMENTS
PSYCHIATRIQUES,
DÉLINQUANCE ROUTIÈRE...)

Ne nous voilons pas la face, il existe un lien très fort entre toutes les formes de violence et l'abus de

substances addictives, qu'il s'agisse d'alcool ou de drogues. Le médecin légiste, ce médecin de la violence, est donc confronté quotidiennement, et plusieurs fois par jour, à ce fléau. La consommation de drogues illicites et la criminalité constituent des phénomènes dont on ne se lasse pas de discuter, avec une visibilité médiatique puissante et un vif intérêt dans les conversations de tous. Les gens sont d'autant plus intéressés qu'ils connaissent untel ou untel « qui en prend » ou « dont le fils en prend ».

RELATION ÉTABLIE ENTRE DROGUE ET VIOLENCE

De multiples études nord-américaines ont traité de la relation entre les drogues illicites et la criminalité en accordant une attention particulière aux problèmes de consommation chez les personnes judiciairisées et à la criminalité commise par les toxicomanes, notamment la criminalité violente. On sait qu'une proportion significative d'individus judiciairisés (tous âges et sexes confondus) consomme une substance psychoactive illicite de façon régulière. Concernant les stupéfiants, le cannabis trône de très loin en tête de liste, suivi par la cocaïne et l'héroïne, cette dernière effectuant actuellement une remontée spectaculaire. Si la drogue joue directement un rôle prépondérant dans la commission du délit pour lequel certains détenus sont incarcérés, on la retrouve surtout comme motif pour commettre des délits. C'est pour obtenir des moyens d'acquérir la drogue recherchée que l'implication criminelle des toxicomanes est si

importante dans des vols à l'étalage ou par effraction, dans la revente de drogues et, dans une moindre mesure, la prostitution. L'observation de terrain faite par le légiste, le policier, le gendarme ou le magistrat n'est ni plus ni moins alarmiste que les études des criminologues, des sociologues et des épidémiologistes sur les données que nous récoltons au quotidien. Par rapport à la date de publication de leurs études, nous sommes simplement en avance sur leurs conclusions ; les phénomènes de toxicomanie changent vite et de nouvelles drogues s'invitent à la vitesse grand V dans la liste des stupéfiants, quelques overdoses mortelles plus tard.

Les propriétés psychopharmacologiques des drogues conduisent à l'adoption de comportements violents et les observations cliniques et toxicologiques que nous

avons pu faire, dans les différents services où j'ai travaillé, apportent de l'eau à ce moulin. Il est vrai que le besoin incessant du consommateur de se procurer une drogue dispendieuse l'incitera à recourir à des activités délictuelles pour financer sa consommation. Cela est surtout valable pour une drogue comme l'héroïne ou la cocaïne, mais les drogues le plus souvent rencontrées - cannabis, alcool ou les fameuses benzodiazépines, ces tranquillisants si largement consommés -, sont bien moins chères. Ces derniers bénéficient en plus, en France en tout cas, du remboursement, alors qu'aux États-Unis, elles sont classées comme stupéfiants. Un modèle systémique prétend que certaines caractéristiques personnelles, familiales ou sociales expliquent l'apparition d'un comportement « déviant », en quelque sorte la toxicomanie survient parce que la « cité » existe. Passé de Seine-Saint-Denis au sud de

la Picardie, avec des modes d'habitat et une population bien différente, j'ai rencontré des problèmes très proches, alors que le modèle proposé ne pouvait que difficilement concorder. Il n'en reste pas moins que depuis longtemps, ce problème de relation entre les drogues au sens large et la violence est bien perçu. La relation avec une substance addictive la plus anciennement connue correspond aux rapports de l'alcool avec la violence intrafamiliale : violence conjugale et maltraitance à enfants. Pas une page de *L'Assommoir* de Zola ou de *Germinal* où ce problème n'ait été évoqué. À l'heure actuelle, on estime qu'au moins la moitié des auteurs d'agression contre les personnes (violence conjugale, maltraitance, viol, meurtre) ont consommé de l'alcool ou des stupéfiants lors des faits ou immédiatement avant les faits. Et dans l'urgence, nous sommes presque aussi démunis que le petit prince de Saint-

Exupéry, qui fait une drôle de rencontre au douzième chapitre de son récit :

« La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte, mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie :

— Que fais-tu là ?, dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.

— Je bois, répondit le buveur, d'un air lugubre.

— Pourquoi bois-tu ?, lui demanda le petit prince.

— Pour oublier, répondit le buveur.

— Pour oublier quoi ?, s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.

— Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en

baissant la tête.

— Honte de quoi ?, s'informa le petit prince qui désirait le secourir.

— Honte de boire !, acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.

Et le petit prince s'en fut, perplexe.

Les grandes personnes sont décidément très très bizarres, se disait-il en lui-même durant le voyage. »

L'abus de substance conduit l'utilisateur sous influence d'une drogue à l'agression en raison du style de vie, de la désinhibition, de la levée des barrières morales et sociales, de l'absence de raisonnement critique. L'utilisateur sous l'influence d'une drogue devient victime en raison de son incapacité à détecter les agresseurs et les conduites à risque, de

l'inconscience ou de la nécessité de se mettre en danger pour obtenir son produit addictif, à n'importe quel prix. Même celui de sa vie. L'agression, de son côté, conduit à l'abus de substances pour tenter de s'adapter au syndrome de stress post-traumatique et autres problèmes psychologiques, événements stressants et soucis familiaux. La dépression, les idées suicidaires, sont souvent associées à la prise de drogues, dont l'usage augmente le risque de victimisation secondaire selon une relation réciproque. Et le cercle vicieux se referme d'autant plus vite que la violence et l'abus de substance ont souvent les mêmes facteurs favorisant, comme un milieu socio-économique défavorisé, l'isolement social, l'usage d'alcool ou de drogues par les parents et le faible niveau d'instruction. Cette spirale peut alors entraîner des effets dévastateurs, avec les remous dont le médecin légiste, les services de police,

de gendarmerie, l'institution judiciaire, les services sociaux sont témoins, selon que l'état du toxicomane nécessite les soins du médecin légiste lors d'une garde à vue, qu'il soit examiné pour une conduite sous l'influence de stupéfiants ou après un surdosage mortel, ou encore interpellé pour un délit ou un trafic de stupéfiants.

L'Union européenne considère que la criminalité liée à la drogue englobe quatre catégories.

1. Les crimes psychopharmacologiques: commis sous l'influence d'une substance psychoactive.
2. Les crimes économiques compulsifs: commis

afin obtenir de l'argent (ou des drogues) pour entretenir une toxicomanie.

3. Les crimes systémiques: commis dans le cadre du fonctionnement des marchés de la drogue illicite, dans le contexte de l'activité de distribution et de fourniture de drogue illicite.
4. Les infractions liées à la drogue: crimes commis en infraction à la législation antidrogue (et aux autres lois en rapport).

Cette classification théorique correspond vraiment aux situations que rencontre le médecin légiste qui peut apporter beaucoup d'informations concernant les trois premières catégories de crimes, et pour lesquelles les données statistiques sont rares dans

L'Union européenne, même si la méthodologie de nos études locales ne correspond pas à tous les critères de rigueur épidémiologique. Au moins, localement, la collecte des informations dans des services médico-judiciaires donne - en temps réel de surcroît - l'exacte appréciation du problème, sans imaginer que ce qui est vu à Compiègne puisse être comparable à ce qui est constaté à Nîmes, Brest ou Colmar. Mais les premières observations publiées dans nos congrès et publications de médecine légale ont presque toujours le bénéfice de l'information fiable et de toute première fraîcheur. À attendre les dépêches officielles relayées par l'AFP, les journalistes et les décideurs manquent souvent le train !

Ne citons que l'étude SAM sur l'influence des stupéfiants sur les accidents mortels de la route, dont les résultats ont été publiés en octobre 2005 par l'Office français des drogues et toxicomanies : 10 748

conducteurs impliqués dans 7 458 accidents mortels du 30 septembre 2001 au 1^{er} octobre 2003. Parmi les conducteurs impliqués dans ces accidents mortels, pas moins de 853 (7,9 %) étaient positifs aux stupéfiants, dont 751 au cannabis (7 % du total). Et sur ces conducteurs positifs au cannabis, 301 (2,8 %), présentaient également une alcoolémie supérieure au taux légal. On estime que les conducteurs sous influence du cannabis (toutes concentrations de THC confondues) ont presque deux fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs. Et quatorze fois plus (14 fois !) lorsque les effets du cannabis et de l'alcool se cumulent.

LES INFRACTIONS LIÉES À LA

DROGUE EN AUGMENTATION DANS L'UNION EUROPÉENNE

Le 11 août 2008, la ministre de l'Intérieur annonçait la mise en place du dépistage salivaire pour la détection des conducteurs sous l'influence de stupéfiants. Dans la plupart des États membres pour lesquels on dispose de données, la proportion des infractions liées à la drogue (usage ou possession pour usage personnel) a augmenté. Le cannabis est la drogue illicite la plus souvent mise en cause dans les signalements d'infractions liées à la drogue : 34 % en Suède et 87 % en France.

WILLIAM, LA POUDRE BLANCHE A EU RAISON DE SES SOUCIS

À trente ans, William traîne derrière lui une longue histoire de toxicomanie et des troubles psychiatriques et de comportement liés au cannabis qui le perturbent et vont l'obliger à demander une hospitalisation dans une maison de repos à orientation psychiatrique. Depuis un mois qu'il est là, son comportement semble peu à peu se réassurer. Il imagine des projets de vie, sans dépendance. Peut-être a-t-il trop bien réagi et, du coup on le surveille moins. Peut-être faisait-il vraiment un effort sur lui-même ? Pour qu'il ne se sente pas « enfermé », William bénéficie de quelques permissions, ce qui pourrait être très salubre. Mais l'homme change de nature quand il retrouve ses « amis » dehors. Ceux qui lui proposent les paradis artificiels pour résoudre tous ses problèmes.

William ne va pas résister longtemps. Il sait maintenant que c'est dangereux pour lui. Pour sa santé. Il sait que c'est inutile. Alors, il dissimule le cannabis pour aller le fumer en cachette dans l'enceinte de la maison de repos. Il fait mine de partir se promener dans les jardins qui l'entourent pour ne pas répandre autour de lui une fumée odorante qui le trahirait. Il inspire confiance et le psychiatre qui s'occupe de lui n'a pas la suspicion du médecin légiste ; il ne dose pas régulièrement les urines pour savoir si William respecte ou non le contrat qui l'engage dans sa prise en charge thérapeutique. Lors d'une permission, ses amis, lui apportent la solution miracle : la poudre blanche, celle qui chasse tous les soucis. On est en droit de se demander pourquoi cette poudre blanche ou ce « brown sugar », deux formes d'héroïne, circule aussi facilement dans les rues. L'Afghanistan n'est pas qu'un lieu de guerre ! Le pays produit tant et plus de cette héroïne qui envahit l'Europe et occasionne tant de dommages irréversibles.

William passe la soirée avec ses acolytes. Sans doute en proie à une réelle tristesse, il se procure un produit fortement dosé puis rentre se coucher. Il se sent seul dans sa chambre. Au matin, l'infirmière qui vient le réveiller va le trouver cyanosé, pâle, tiédissant. Mort. Le médecin qui viendra le voir ne sera pas le psychiatre qui le suivait mais le médecin légiste qui diagnostiquera l'overdose à l'héroïne. C'est bien elle qui l'a emporté. Les prélèvements, effectués trop tard, auraient pu attester de la reprise antérieure de consommation de cannabis. Comment rester indifférent devant les dégâts mortels que provoquent les produits que d'aucuns voudraient voir dépenalisés ?

L'implication des médecins légistes dans les

problèmes liés à la toxicomanie et aux addictions au sens large est d'autant plus évidente que l'on sait qu'il existe une relation très forte entre les expériences négatives vécues, en particulier dans l'enfance, et la consommation de produits. Les études sur le sujet retrouvent dans les antécédents ou le contexte de vie des toxicomanes, la notion de violences verbales ou physiques, d'abus sexuel, de mère battue qui nous les ont fait rencontrer à bien d'autres occasions que l'examen de compatibilité d'un état de santé avec la mise en garde à vue. Le fait d'avoir été victime d'abus sexuel dans l'enfance est un indicateur fort de risque de prise d'alcool et de drogues à l'âge adulte. Inversement, la consommation de stupéfiants ou d'alcool soit par l'auteur, soit par la victime, soit par les deux, augmente le risque d'agression sexuelle et diminue la capacité de résister à l'agression. Aux premières loges pour observer, le médecin légiste peut

attester de la corrélation forte entre violence par le partenaire et abus de substance, comme l'alcool ou les drogues. À long terme, la victime d'abus sexuels, souvent déprimée, dévalorisée, fait usage d'alcool ou de drogues pour faire face à une situation stressante, ce qui aggrave les choses, en particulier en la désocialisant. Les femmes victimes fument plus, boivent plus d'alcool et se droguent davantage. Quand elles sont encore une fois victimes d'une agression sexuelle, quelle écoute obtiennent-elles auprès des policiers ou des gendarmes, qui ne voient plus en elles que des pensionnaires de leurs cellules de garde à vue ou de dégrisement ? Quelle écoute obtiennent-elles auprès des médecins et des soignants des services d'urgence, qui les ont si souvent soignées pour des surdosages, des états de manque, des complications ou des états d'agitation ? Indéniablement, les différentes formes de violences

sont fréquentes et fortement associées à la prise de produits, sans limite dans l'expression de la violence. Celle-ci peut s'apparenter à des actes de barbarie perpétrés sans tabou sur la victime qui est souvent une personne âgée, un parent direct, ou sa propre compagne enceinte. Mais le rôle du médecin légiste est surtout celui d'un observateur avancé, d'un voltigeur selon le terme militaire, qui rapporte ses informations. Reste à la société à résoudre ce problème complexe où il n'y a pas plus de réponse facile et rapide à la fin de la violence qu'à l'arrêt de l'addiction à l'alcool et/ou les drogues.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

Être médecin légiste, c'est aussi faire de la toxicologie. Concernant l'usage des stupéfiants en matière de prévention routière, quel rôle jouez-vous ?

Nous avons été particulièrement impliqués, dans les unités où j'ai travaillé, sur l'importance et la répercussion des stupéfiants sur la conduite. Le médecin légiste participe à toutes les phases de cette prévention : contrôles routiers avec les forces de police et de gendarmerie, dépistage de stupéfiants chez les auteurs d'infractions. Il synthétise les données et essaie d'en faire la plus grande publicité possible, à la fois par des publications scientifiques, par des communications auprès de l'académie nationale de pharmacie, et auprès des différents parquets. Par ailleurs, il y a aussi des stages obligatoires de sensibilisation au danger des stupéfiants mis en place par les parquets et par la MILDT, Mission interministérielle de

lutte contre les drogues et les toxicomanies. Nous développons aussi des actions de formations ciblées, notamment sur le transport routier. Le danger des stupéfiants n'est pas encore bien connu mais, à l'heure actuelle, il est très probable qu'il soit au moins aussi important que celui lié à l'alcool. Nous travaillons donc en collaboration avec les services de police et de gendarmerie concernant l'apport des connaissances toxicologiques cliniques, et d'actes de lecture des dépistages. Il faut absolument avoir des unités opérationnelles en médecine légale afin de regrouper les compétences. Nous sommes motivés pour aborder ensemble un problème pénal, un problème de sécurité routière et donc un problème de santé publique.

Vous mettez en place des contrôles routiers afin de lutter contre les toxicomanies ?

Les contrôles routiers vont permettre la mise en évidence des

risques actuels. Il y a, bien évidemment, le risque « alcool » très particulier et reconnu, mais il existe aussi des risques liés aux stupéfiants. Depuis 1996, je suis particulièrement impliqué dans les contrôles routiers et le dépistage de stupéfiants chez les conducteurs. Cette activité s'est démultipliée à partir de 2001 avec l'introduction des articles sur la conduite sous l'emprise de stupéfiants dans le Code de la route. Chaque jour, nous recevons des résultats alarmants. Il n'y a pas un contrôle routier ou un accident de la voie publique sans que le risque de stupéfiants ne soit écarté. Les risques liés à l'alcool sont dépassés par ceux liés à la consommation des stupéfiants. C'est très préoccupant. La politique de « capitaine de soirée » ou la crainte de se faire contrôler par les gendarmes a certainement modifié le comportement routier. Dans bon nombre de cas, on cède le volant à celui qui n'a pas bu. En revanche, on va le céder éventuellement à quelqu'un qui a fumé du cannabis ou pris une autre drogue dont on n'imagine pas le risque pour la

conduite.

La toxicomanie est un fléau au même titre que l'alcool. Quelles sont ses conséquences sur les comportements ?

Le cannabis est de loin la drogue la plus consommée. Actuellement, on fait état de troubles considérables dus au cannabis. Des troubles du comportement avec des risques accidentogènes peuvent survenir mais l'on se rend compte qu'un tempérament dépressif est aussi plus important et démultiplié par la consommation du cannabis. Le risque suicidaire est augmenté car le cannabis est très anxiogène, beaucoup plus que la cocaïne. Une étude a été réalisée chez des jumeaux, avec comme simple différence la consommation de cannabis pour l'un des deux. Celui qui consommait le cannabis était beaucoup plus nerveux et perturbé que son

frère. Il y a des risques de troubles médicaux et de troubles sociopathes avec des déviances importantes. Et, à l'échelle internationale, on compare désormais les effets du cannabis à celui que peut avoir la cocaïne.

On a constaté des troubles psychotiques chez les consommateurs chroniques de cannabis. Aujourd'hui, le cannabis n'est plus considéré comme une « drogue douce ». On constate une entrée dans la psychose chez les utilisateurs chroniques. En moyenne, un jeune utilisateur qui a vingt-cinq ans aura dix ans de consommation du produit. C'est un phénomène très important. Les Anglais, qui ont quantifié récemment le problème, ont estimé que huit cents nouveaux cas de schizophrénie liés à l'utilisation du cannabis apparaissent chaque année au Royaume-Uni. C'est dire l'ampleur du phénomène pour les différents pays européens où la consommation est significative.

Quels autres stupéfiants rencontrez-vous ?

On rencontre de plus en plus de nouveaux stupéfiants ou de nouveaux modes d'usage. Le produit a un effet d'accoutumance et les consommateurs recherchent de plus en plus d'effets. On est dans l'addiction, avec des personnes qui veulent un effet démultiplié. Nous rencontrons au quotidien, au sein des urgences, des poly-intoxications et des poly-toxicomanies, mélange d'alcool et de cannabis, mélange de cannabis et de cocaïne, utilisation de comprimés d'ecstasy pour augmenter les effets de la cocaïne. Et il y a toujours un produit phare, qui peut être le cannabis, pour les plus jeunes et l'alcool, pour les plus âgés. Il y a souvent des produits qui viennent s'ajouter, notamment à l'occasion d'une fête, d'une rave party. L'effet est alors démultiplié.

L'héroïne revient en force ainsi que son produit de substitution, la méthadone. On voit également des drogues émergentes, comme des produits naturels et anciens, tels que la plante Datura, extrêmement toxique et largement utilisée

quand les beaux jours reviennent et que ses grandes fleurs attirent l'attention.

La toxicomanie favorise-t-elle la délinquance ?

Oui, forcément. Directement et indirectement. Une étude hollandaise datant de 2007 s'est justement intéressée aux risques de délinquance liés à la consommation du cannabis. Dans ce pays, la possibilité de l'obtenir est simple. Il n'y a donc pas de délinquance quand on s'en procure. Il n'y a pas besoin de voler pour l'obtenir. Pas besoin de l'acheter dans la rue clandestinement. Donc pas de trafic a priori. Néanmoins, les comportements des utilisateurs habituels sont plus violents car l'utilisation chronique de cannabis décuple l'agressivité. L'étude montre que la consommation est beaucoup plus importante, ainsi que la durée de l'utilisation.

L'IMPORTANCE GRANDISSANTE DE LA CONDUITE SOUS L'EFFET DE STUPÉFIANTS

La pratique des urgences et les différentes situations rencontrées, tant dans un service d'accueil des urgences que dans des UMJ, nous confrontent au quotidien à des personnes - victimes ou auteurs - dans des situations où l'influence du cannabis est cliniquement indéniable et de surcroît grandissante. Troubles du comportement chez les usagers de cannabis, tels que des états d'agitation, des exacerbations anxieuses, des comportements de « défonce », des passages à l'acte auto-agressif ou des

violences et maltraitances exercées envers autrui. La population concernée va du préadolescent accueilli aux urgences pédiatriques à l'adulte dans sa maturité, avec souvent un tableau de poly-consommation où alcool, cannabis et psychotropes se côtoient. Que dire de l'importance en constante augmentation de la conduite sous l'effet des stupéfiants, pour plus de 90 % attribuable au cannabis, maintenant très largement en tête devant l'alcool, toutes régions confondues, pour la population des dix-huit à trente-huit ans ? L'expérience des urgences médico-judiciaires du centre hospitalier de Compiègne, en ce qui concerne les troubles liés au cannabis, se base en partie sur une large cohorte de conducteurs contrôlés pour conduite sous l'influence des stupéfiants, examinés à toute heure dans un service d'accueil des urgences. Sur ces personnes, on a pu réaliser un parallèle toxicologique clinique et analytique, entre

les troubles observés, selon la grille d'évaluation de la fiche E remplie en cas d'infraction au Code de la route, et les taux sanguins de tetrahydro-cannabinol (THC) mesurés par méthode de référence (chromatographie en phase gazeuse et spectrométrie de masse), sur des prélèvements effectués dans le même temps que l'examen clinique. Il faut insister d'abord sur la puissance addictive du cannabis, trop longtemps qualifiée de « drogue douce », sans prendre en compte la concentration croissante en produit actif (THC) dans les herbes et les résines de cannabis. On classe aujourd'hui les produits les plus addictifs selon le temps nécessaire pour passer de l'initiation à l'usage régulier, le temps d'apparition du premier problème lié à la drogue et le temps d'entrée dans la dépendance. Le palmarès est le suivant : premiers *ex aequo* opiacés et cocaïne, en deuxième position arrive le cannabis et enfin, le tabac et l'alcool. Ce

classement témoigne d'un effet addictif du cannabis certes inférieur à des substances individualisées comme « drogues dures » mais supérieur au tabac et à l'alcool dont on connaît pourtant la puissance addictive. Un autre point concerne le médecin légiste : la question des risques et des comportements observés dans la durée chez des utilisateurs de drogues, avec potentiel addictif important. Une étude de Mac Rae parue en 2007 dans *Addictive Behavior* a montré une consommation plus élevée de leur drogue chez les usagers de cannabis par rapport aux usagers de cocaïne, connue pourtant pour son très fort pouvoir d'accoutumance et de dépendance. Parmi les patients concernés par cette étude, l'anxiété importante était plus fréquente chez les usagers de cocaïne dépendants (38 %) que chez les usagers de cannabis dépendants (12 %), mais la dépression était à l'inverse significativement plus fréquente chez les

usagers de cannabis dépendants (42 %) que chez les usagers de cocaïne dépendants (17 %). Comment s'étonner alors de la fréquence des suicides et des conduites suicidaires observée actuellement dans une population jeune en médecine légale ? Ces troubles du comportement qui intéressent les psychiatres, les urgentistes et, bien sûr, les médecins légistes font le lien entre la consommation de cannabis et les comportements suicidaires.

Mais la violence liée aux stupéfiants n'est pas qu'une auto-agressivité. Pour ceux qui en douteraient, le fameux *Scarface* de Brian de Palma fait la démonstration brutale de la violence liée à la cocaïne, à travers le parcours de Tony Montana, petit voyou devenu mafieux, paranoïaque et hyper-violent. Loin de la Floride de *Scarface*, la relation entre les

comportements violents et la consommation de cannabis est maintenant observée quotidiennement dans les services d'urgence, avec la même banalité que ceux liés à l'alcool. Une étude particulièrement intéressante est parue en 2006 dans le *British Journal of Psychiatry*. Elle a mis en évidence chez des adolescents des relations significatives entre une consommation régulière ou importante de cannabis et les comportements délinquants et agressifs liés à des troubles du comportement.

Quotidiennement les urgences accueillent les victimes de traumatismes d'origines diverses (violences, accidents...) qui font l'objet d'examens par le médecin légiste, dans les hôpitaux - bien trop rares - où des structures médico-légales cliniques d'urgence existent. Une étude brésilienne datant de

2006 a analysé les rapports entre la consommation de drogues et les patients victimes de traumatismes admis aux urgences, soulignant le risque d'être victimisée ou de provoquer des accidents pour les consommateurs eux-même avec de l'alcool présent chez 11 % des victimes, du cannabis dans 13,6 % des cas et des benzodiazépines dans 4 % des cas.

Nous avons réalisé, nous-mêmes, une étude portant sur les troubles constatés sur une série de conducteurs examinés pour suspicion de conduite sous l'empire de stupéfiants et prélevés par les médecins des urgences médico-judiciaires du centre hospitalier de Compiègne en 2006-2007. En application des mesures liées à l'article L 235-2 du Code de la route, des dépistages urinaires ont été effectués, avec remplissage de la fiche D stipulant

l'heure du dépistage et ses résultats, et des prélèvements sanguins juste après, si les dépistages urinaires étaient positifs. 195 personnes, âgées en moyenne de vingt-sept ans, ont été contrôlées pour dépistages, ou suite à des accidents de la voie publique. Les résultats de l'étude menée sur dix-huit mois, de janvier 2006 à juin 2007, sont les suivants :

<i>Résultats du dépistage</i>	<i>Nombre (%)</i>	<i>Âge moyen</i>	<i>Âges extrêmes</i>
Dépistage positif pour 1 stupéfiant	119 (61 %)	25 ans	18-43
Dépistage positif pour 2 drogues	26 (13 %)	25 ans et demi	19-41
Dépistage positif pour l'alcool	23 (12 %)	35 ans et demi	19-58
Dépistage négatif	27 (14 %)	32 ans et demi	19-43

Ces résultats où le cannabis est largement en tête des produits pouvant occasionner des infractions ou des délits routiers ne reflètent que le dépistage urinaire. Je crois, pour ma part, en tant que toxicologue clinicien, à la corrélation entre le taux de produit actif et les effets observés. L'idée que les propriétés psychopharmacologiques des drogues conduisent à l'adoption de comportements violents correspond aux toutes dernières observations cliniques et toxicologiques que nous avons pu faire. En effet, nous nous sommes intéressés aux effets cliniques du cannabis pour l'année 2007, chez un groupe de cinquante-cinq personnes examinées pour conduite sous l'influence de stupéfiants aux urgences médico-judiciaires du centre hospitalier de Compiègne, dans un même laps de temps (dix minutes en moyenne séparent le dépistage urinaire du prélèvement sanguin et de l'évaluation clinique) et dont nous avons les

taux sanguins de THC. Cette évaluation clinique repose sur les critères de la fiche d'évaluation, remplie par le médecin en application de l'article L 235-2 du Code de la route.

Elle comprend des signes cliniques regroupés par type :

-signes physiques : fréquence cardiaque et pression artérielle ;

-signes visuels : mydriase ou myosis, absence de réactivité à la lumière... ;

-troubles de l'équilibre et de la vision : épreuve doigts-nez, nystagmus (mouvement oscillatoire involontaire et saccadé du globe oculaire), tremblements ;

-troubles du comportement : ralentissement,

agitation... ;

-troubles de l'état psychique : anxiété, agressivité...

En les cotant de 0 (absence de signe pathologique) à 2 (présence d'un signe très pathologique comme tachycardie $> 120/\text{min}$, mydriase $\geq 10 \text{ mm}$, agitation grave...) et sachant que plusieurs signes peuvent être présents chez un même patient, la moyenne de notre série a été de 4,32 pour un maximum de 6. Nous avons surtout observé que les perturbations cardiovasculaires sont des signes précoces, auxquels succèdent, lorsque le score de gravité augmente, les troubles du comportement (ralentissement, agitation...) puis des troubles d'allure psychiatrique (anxiété, agressivité...). Tout cela dans un banal échantillon de conducteurs dépistés. Cette population

de consommateurs réguliers de cannabis, encore plus s'il s'agit de consommateurs de longue date, est une population à haut risque susceptible de provoquer des accidents. Pour les troubles directement occasionnés par le cannabis (troubles du comportement ou psychiatriques, passages à l'acte, tentatives suicidaires...), du fait du risque élevé de provoquer des accidents (sur la route ou au travail) ou bien encore du fait du risque d'être victime, les utilisateurs de cannabis sont actuellement des patients qui concernent quotidiennement les services d'urgence, comme le sont les consommateurs réguliers d'alcool. Même dans une population banale de conducteurs suspects de conduite sous l'emprise des stupéfiants, des signes importants liés au cannabis sont présents. On observe une corrélation entre les troubles observés au quotidien des urgences et la concentration du THC actif dans les dosages sanguins

effectués, à mettre en parallèle avec l'augmentation connue de la teneur en tétra-hydro-cannabinol des herbes et résines en vente sur le marché de la drogue. Enfin, on observe une corrélation inquiétante entre les troubles observés au quotidien des urgences d'un centre hospitalier, et l'ancienneté de l'usage chez des jeunes consommateurs de cannabis, avec l'évolution vers des troubles psychiatriques qui les conduisent assez souvent à des hospitalisations ou des prises en charge en milieu psychiatrique.

LA RELIGIEUSE AU CAFÉ TRANSFORMÉE EN RELIGIEUSE AU FLUNITRAZEPAM

De notre poste d'observation, nous voyons ce phénomène qui inquiète tant les psychiatres du monde entier : l'entrée dans la schizophrénie par le cannabis. La consultation du site *Medline* de la très sérieuse *National Library of Medicine* qui recense et sélectionne les meilleurs articles, ne cite pas moins de cent vingt-sept articles traitant de la question schizophrénie et cannabis pour les deux dernières années. Aujourd'hui, l'usage des diverses drogues ne reste pas limité au petit monde de la toxicomanie, bien loin de là. La consommation de cannabis a bien longtemps dépassé les frontières d'un microcosme d'initiés, pouvant être retenus dans les limites d'une base désaffectée ou d'un champ, le temps de danser frénétiquement sans s'arrêter, au son de la musique techno pendant les 48 heures ou plus d'une « rave party ». Aujourd'hui, les drogues se retrouvent impliquées dans la soumission chimique qui peut être

définie comme l'administration de substances psychoactives à une personne à des fins délictueuses ou criminelles. Elle prend souvent l'aspect de l'incitation à la consommation d'une ou plusieurs substances par un individu dans le but d'altérer sa vigilance et de le rendre vulnérable afin de l'abuser. Les produits utilisés évoluent et suivent les progrès de l'industrie pharmaceutique et de la synthèse des stupéfiants. Lorsqu'ils sont dissimulés dans une boisson, ces produits profitent de leur caractère incolore, inodore et sans saveur, ce qui facilite leur administration dans des boissons ou des aliments. Aux États-Unis, les pouvoirs publics se sont émus, dès le début des années 1990, de l'augmentation des cas de femmes qui, après une soirée, présentaient une amnésie et se réveillaient au petit matin, souvent assez dénudées, et dans un endroit inconnu. Lors d'un congrès international en 2007 où nous nous succédions, Marc

Le Beau, responsable de la toxicologie au FBI à Quantico, exposait l'importance du GHB (le gamma hydroxybutyrate, dit « *date rape drug* »), alors que je montrais le nombre de cas français impliquant les banales benzodia-zépines, dont nous sommes les premiers consommateurs au monde. Benzodiazépines pas si banales néanmoins, puisque la *Food and Drug Administration* des États-Unis les classe parmi les stupéfiants. *Crime Scene Investigation*, autrement dit la série *Les Experts, Miami*, a traité le sujet dans un épisode. Les produits sont majoritairement incorporés dans des préparations alcoolisées ou non. Les aliments, comme les pâtisseries sont rarement utilisés, mais j'ai observé au cours du premier semestre 2003 aux urgences médico-judiciaires du CHU Jean Verdier à Bondy deux cas où la religieuse au café s'était transformée en religieuse au flunitrazepam. Entre la boutique du pâtissier et l'assiette des personnes âgées

qui se retrouvent dépossédées de leurs biens, dans leur appartement largement vidé, une fois les effets de la benzodiazépine disparus, il n'y a qu'un pas à franchir. La gourmandise est décidément un vilain défaut !

L'inventaire des produits utilisés en France dans des cas de soumission chimique est établi sur les données des services médico-judiciaires, des laboratoires de toxicologie. Pour 2005 et 2006, il résulte que les benzodiazépines sont les substances les plus fréquemment utilisées par les agresseurs. Il est également important de noter que la consommation volontaire d'alcool et de cannabis est un vecteur de vulnérabilité ; cela accentue les effets sédatifs et désinhibiteurs des substances administrées par l'agresseur. Par contre, un seul cas d'utilisation du

GHB a été observé sur les 432 cas recueillis, inversement aux chiffres concernant les pays anglo-saxons.

JACKY, LA MORT PLUS BELLE QUE LA VIE

Jacky est ce que l'on peut appeler un bon copain. Un joyeux drille. À vingt-sept ans, il est de toutes les fêtes, de tous les barbecues, de tous les après-matches disputés dans sa petite commune. Toujours prompt à rendre service. Jacky, cuisinier de son état, est entré dans une addiction à l'alcool. Une addiction festive, certes, mais qui s'apparente peu à peu à une dépendance. Pour l'instant, parce qu'il est jeune et jovial, cette

addiction a des aspects qui paraissent amusants. Jacky est très ouvert aux autres. De là à ouvrir sa porte à ses anciens amis, il n'y a qu'un pas. Qu'il franchit ! Ses copains de beuverie, dont beaucoup sont à la dérive, ont souvent quitté le chemin de l'alcool et des « bitures express » pour emprunter ceux qui mènent aux addictions plus puissantes encore que sont celles provoquées par des stupéfiants. Ce soir-là, on mange tard, on boit beaucoup. On refait le monde. Et certains proposent de finir la soirée en beauté en sortant un sachet blanc et la paille pour sniffer cette héroïne censée être magique. Désinhibé, Jacky va prendre la paille et goûter à ce produit qui lui semble si extraordinaire. Il va y goûter une fois encore. Une fois de trop. À sa seconde prise, il est victime d'un malaise respiratoire et cardiaque : c'est l'overdose. Autour de lui, endormis, ivres ou sous l'effet de l'héroïne, ses amis le regardent s'endormir et ronfler fortement. En fait, Jacky agonise et s'étouffe. Ses copains le laissent s'enfoncer doucement mais sûrement. Ils sont totalement incapables de

lui venir en aide ou même d'appeler les secours. Quand il ne réagit plus, vraiment plus, c'est l'affolement. Appelé par les premiers secours et les policiers sur place, le médecin légiste intervient. L'agitation est à son comble. Certains de ses amis tapent contre les murs de l'immeuble. D'autres sont effondrés, abattus. Hébétés, surtout, de n'avoir rien pu faire pour porter secours à Jacky. Le diagnostic médico-légal, là aussi, sera malheureusement simple et rigoureux. Tout comme les méthodes d'analyses utilisées. La phrase qui résume le rapport médico-légal destiné au procureur claque comme une détonation : le décès de Jacky, au vu de l'examen et des prélèvements réalisés, est attribué à une intoxication massive par morphiniques et alcool. Les jours suivants, les journaux évoqueront le sympathique Jacky, le jovial Jacky, l'amical Jacky que regrettent déjà tous les comités des fêtes dans lesquels il était actif. Cette mort, qui lui avait été présentée comme étant mieux que la vie par ceux qui se prétendaient ses amis. Ceux qui lui ont fait « avaler » le pire mensonge qui

soit. Le plus fatal aussi. La mort de Jacky fut tellement brutale que l'héroïne retrouvée dans ses narines est allée directement agir sur le cerveau et n'a pas pris le temps de se diluer dans le sang périphérique, comme l'attesteront les analyses toxicologiques pratiquées.

L'INTERROGATOIRE D'UNE VICTIME PERMET DE SUSPECTER UNE SOUSSION CHIMIQUE

L'interrogatoire d'une victime de soumission chimique adressée aux urgences est souvent très similaire et illustre l'urgence qu'il y a à effectuer les prélèvements biologiques pour documenter au mieux

l'observation clinique. C'est dire si le fait de fonctionner en réseau avec les autres services d'urgence, non spécialisés et ne disposant pas d'urgences médico-judiciaires, est capital. Il s'agit souvent d'une jeune femme, ayant probablement subi une agression sexuelle après une rencontre et après avoir absorbé une boisson. Cela se produit notamment au cours d'une soirée chez des amis où la méfiance est moins grande qu'en discothèque. Les victimes disent ne plus vraiment savoir ce qu'elles ont fait, être devenues somnolentes, assommées par la fatigue, parfois comme paralysées et ne pouvant plus réagir quelques minutes seulement après avoir ingéré une boisson. Ensuite, elles se réveillent. Bien plus tard. Ailleurs. Très souvent en partie déshabillées, sans se rappeler ce qui s'est passé dans l'intervalle. Seul l'interrogatoire attentif peut permettre de suspecter une soumission chimique. Les

signes d'amnésie sont souvent à l'origine d'une histoire clinique confuse. La victime peut évoquer la possibilité d'une administration d'un « produit » dans une boisson lorsqu'elle se réveille dans un endroit inconnu, une tenue vestimentaire inhabituelle, des douleurs pelviennes, des écoulements vaginaux, la présence d'ecchymoses inexpliquées. L'interrogatoire est d'autant plus performant qu'il est mené par un médecin légiste expérimenté ou, tout du moins, avec ses conseils. Dans un second temps, un examen médico-légal s'impose avec la recherche de lésions de violence ou qui permettent d'évoquer une agression sexuelle (éraillures péri-vaginales, ecchymoses de la face interne des cuisses, par exemple). Au moindre doute, un examen gynécologique et anal est réalisé dans notre réseau par un médecin légiste clinicien spécialisé pour apporter toutes les preuves de l'agression sexuelle, au sein du centre de référence

que sont les UMJ.

L'impératif, pour le médecin légiste ou le médecin toxicologue sollicité, est de guider les prélèvements de sang et d'urine dans des conditions spécifiques, pour permettre les techniques de chromatographie avec spectrométrie de masse, de les conserver au froid et à l'obscurité. Idéalement, selon le protocole de l'AFFSAPS, une fiche de liaison entre le clinicien réalisant la prise en charge médico-légale et le toxicologue est très souhaitable. Cette fiche doit comporter l'heure supposée des faits, le moment des prélèvements, le (s) traitement (s) habituel (s) de la victime (en particulier benzodiazépines, hypnotiques le soir), ses consommations (drogues, alcool...) et un éventuel traitement sédatif ou anxiolytique depuis l'agression. Les dépistages par immunochimie ne sont

que des éléments d'orientation et ne suffisent pas à faire un diagnostic précis. Certaines substances, telles que les somnifères de nouvelle génération, le GHB, les neuroleptiques ou les antihistaminiques ne sont pas reconnues par ces méthodes. L'urgentiste doit savoir ne pas s'en contenter et c'est là que les connaissances du médecin légiste lui sont particulièrement utiles, ainsi qu'aux enquêteurs, car le premier temps est crucial. La règle absolue en matière d'analyse toxicologique pour la caractérisation d'une soumission chimique est la mise en place de techniques d'analyse par chromatographie couplée à la spectrométrie de masse. C'est cette chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrométrie de masse (GC/MS) qui met en évidence les stupéfiants comme le cannabis, l'ecstasy, le GHB ou les médicaments de type neuroleptiques ou antihistaminiques. Il s'agit donc de technologies

lourdes, réservées à des laboratoires spécialisés. Le rôle en urgence est de prélever assez tôt et en quantité suffisante pour permettre toutes les analyses ultérieures.

Ce phénomène préoccupant est une des actualités médico-légales du xxi^e siècle. Aux UMJ du CHU Jean Verdier, elles ont représenté, en 2000 et 2001, pas moins de 6,7 % des cas d'agressions sexuelles chez les adultes, avec un âge moyen de vingt-sept ans pour les victimes. L'alcool y était présent dans 31 % des cas, les benzodiazépines dans 21 % et les stupéfiants dans 21 %, ces deux derniers associés dans 29 % des cas. On le voit donc, les trois produits à potentiel toxicomanogène les plus répandus étendent leurs effets. Leur diffusion s'élargit et s'observe chez des sujets de plus en plus jeunes, notamment pour

l'alcool et le cannabis. Voilà qui n'annonce pas le recul des phénomènes de délinquance liés à l'abus des substances illicites !

LE MÉDECIN LÉGISTE ET LE MAGISTRAT (DE L'ENQUÊTE EN FLAGRANCE AU JUGEMENT)

La première fois que j'ai pénétré dans une cour d'assises, c'était au bras de Jean-Marc Rouillan, le chef d'Action directe. Une entrée comme celle-là,

directement dans le box des accusés, on s'en souvient. En fait, l'Histoire n'a rien retenu de cette entrée, si ce n'est les déclarations fracassantes du révolutionnaire demandant à être jugé par un tribunal du peuple car il refusait celui de la République, puis ressortant, quelques minutes plus tard, pour attendre dans une pièce de la souricière, derrière la cour d'assises, la fin de la journée et redire qu'il n'attendait rien de la justice de son pays...

À l'époque, j'étais interne aux UMJ de l'Hôtel-Dieu à Paris. Mon rôle consistait juste à veiller sur ce M. Rouillan qui avait entamé une grève de la faim, et à transporter l'individu, alité et perfusé sur son brancard, dans les étroits escaliers de la souricière, à l'aller comme au retour, avec un aide-soignant, entouré d'une nuée de gendarmes triés sur le volet et

quelque peu aux aguets ! Pour un révolutionnaire, faire une entrée digne d'un empereur romain porté par deux travailleurs, je trouve que ça en jette ! Mais enfin, toute expérience étant utile, il m'a fait entrer dans une cour d'assises bien avant que je n'y sois appelé comme médecin légiste, puis comme expert. En quelque sorte, après cette brève rencontre, nos « carrières » ont ensuite suivi des chemins différents.

**« VEUILLEZ LEVER LA MAIN DROITE
ET DIRE "JE LE JURE" »**

Lorsque j'ai commencé à fréquenter plus régulièrement les cours d'assises, j'avais l'expérience

des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu de Paris et déjà examiné bon nombre de victimes d'agressions sexuelles, adultes et mineures ; une activité qui est devenue, au fil du temps, mon cheval de bataille, avec plus de cent examens par an et ce, depuis plus de vingt ans. Je dois reconnaître que j'ai été considérablement aidé par mes pairs, avant d'être jeté dans la fosse aux lions qu'est une cour d'assises, et notamment par ceux qui ont été successivement mes responsables d'UMJ, à Paris et à Bondy. Il y a, en effet, de quoi impressionner le jeune médecin légiste appelé à déposer, que ce soit sous les lambris des cours d'assises de Paris ou de Versailles, ou bien dans la froideur bétonnée de celles des palais de justice nés avec l'explosion de la banlieue comme ceux de Bobigny, de Créteil ou d'Évry. Devant moi, un président ou une présidente, de plus ou moins bonne disposition, mais très conscient(e) de sa mission. De

chaque côté du président, deux juges qui vous scrutent, hochent la tête ou prennent des notes lors de votre déposition, montrent des cotes dans le dossier d'assises ou glissent furtivement des papiers à leur voisin, président ou présidente. Les entourant, le jury populaire pour qui l'explication donnée doit être claire, affirmant tel ou tel point, rejetant telle ou telle hypothèse, indiquant les limites de ce qui est sûr, positivement ou négativement, et de ce qui ne serait qu'une hypothèse si on la formulait. Et puis, à gauche, encore visible lorsqu'on est à la barre, l'avocat général qui représente le ministère public. Il est celui qui poursuit, qui va poser les premières questions importantes. Enfin, peu ou pas visible, selon la salle, l'avocat des parties civiles, à gauche et un peu en retrait, avec les victimes ou les familles et l'accusé et son avocat à droite, un peu en arrière de celui qui dépose.

« Nom, prénom, âge, adresse et qualité... Veuillez lever la main droite et dire “je le jure“». À mon tour de parler. Fort pour être bien entendu. Lentement pour être bien compris. Précisément pour ne rien oublier. Le regard droit devant pour éviter de croiser celui de l'auteur ou ceux de la victime et de sa famille. Tout cela pendant cinq ou dix minutes. « Voilà, Monsieur le président, ce que j'ai constaté lors de mon examen, lors de mon autopsie, lors de mon expertise, pour répondre à la mission judiciaire qui m'a été impartie. » Comme on aimerait que cette conclusion termine la déposition ! Mais elle la commence en quelque sorte. L'ordre est immuable. Le président pose quelques questions pour éclaircir certains points - j'aurais dû être plus clair - souligner des aspects - c'est là-dessus que ça va se jouer - ou

pour répondre, par expert interposé, aux questions des avocats. Quelle est la direction du coup de couteau mortel ? Quelle est la force nécessaire pour étrangler avec une écharpe ? Combien de temps l'agonie a-t-elle duré ? L'auteur des coups mortels a-t-il pu confondre la mort et un simple malaise ? Les lésions observées sont-elles celles que l'on s'attend à retrouver lorsque l'hymen est défloré ? Les constatations sur l'orifice anal indiquent-elles sans confusion qu'il a été traumatisé par des pénétrations répétées ?

**NE JAMAIS PRENDRE PARTI SI CE
N'EST POUR CELUI DE LA SCIENCE**

Au tour de l'avocat général, la voix du ministère public. C'est souvent « pas de question », mais c'est aussi très souvent le temps des demandes insidieuses : « Si j'ai bien compris, monsieur l'expert... vous nous avez dit que... mais M. X, dans son PV d'audition, à la cote D... déclare... Comment, pour vous, est-ce possible ? » C'est là que toute l'impartialité est nécessaire. À ce moment très précis, oui, je pense au fond de moi que M. X qui a violé sa petite voisine pendant trois ans sous prétexte d'aller lui montrer les lapins au fond de son jardin est un véritable salaud. Oui, mais M. X a peut-être raison quand il a dit que la petite fille n'était pas sur le dos mais sur le ventre.

Pourquoi d'ailleurs, dans le sordide, les accusés passent-ils tant de temps à faire discuter d'un point qui ne cache en rien l'indicible horreur qu'ils ont commise ? Parce que cet indicible leur apparaît avec l'instruction judiciaire et les assises ? En tout cas, on me demande d'être objectif et impartial. Je dois répondre. Je dois discuter devant la petite fille violée, qui a maintenant l'âge d'aller au collège, des dégâts que peuvent occasionner à l'hymen de la fillette les doigts d'une main réunis et un sexe en érection, alors que les deux constituent un viol, donc un crime. Mais l'accusé se dissimule derrière cela. Ses doigts ont dû dérapier, entrer par hasard, veut-il nous faire croire ou plutôt veut-il se faire croire à lui-même. Pour cacher, même là, même devant la cour d'assises, la vérité qui est tout autant la sienne que celle de la victime. Il faut répondre. Clairement. Sans s'étonner. Sans se fâcher. Sans prendre parti. Surtout pas ! D'ailleurs, si

le médecin légiste travaille au niveau scientifique qu'on est en droit d'attendre de lui, il n'a aucune raison de prendre fait et cause pour qui que ce soit. Il ne doit prendre qu'un seul parti : celui de la science. Entendons-nous bien : la médecine reste un art qui s'appuie sur des instruments scientifiques. Mais la médecine doit traiter le patient, l'être humain. La médecine légale doit être une science, dont la seule part d'art est la rédaction du rapport médico-légal et la synthèse des résultats objectifs, scientifiques des examens qu'il réalise. La médecine légale doit apporter la vérité et encore plus la remettre en cause, l'expérimenter pour la valider. La photographie réalisée est faite avec les optiques les plus performantes, les écrans pour les lire sont choisis pour être de haute définition, et leurs logiciels photos de grande qualité, car ils deviennent instruments de diagnostic, bien au-delà du monde informatique

uniforme et grisâtre que l'on connaît le plus souvent. Les analyses histologiques utilisent des méthodes de coloration et de lecture pour rechercher des spermatozoïdes, une nécrose myocardique, une atteinte traumatique du tissu cérébral, tout aussi performantes que celles utilisées pour un diagnostic de tumeur. La radioscopie en salle, méthode des années 1950, permettant de visualiser les fractures les plus importantes et de localiser un corps étranger métallique, est balayée par les techniques d'imagerie scanner tridimensionnelle et d'imagerie par résonance magnétique avec des précisions de l'ordre du millimètre dans les trois dimensions. La toxicologie analytique identifie et dose des substances toxiques et hormonales, présentes à la quantité de quelques nanogrammes par millilitre (quelques milliardièmes de gramme par millilitre) ! Le médecin légiste, s'il veut prétendre à cette qualité, doit lire les publications

scientifiques, francophones et internationales. Il doit assister aux congrès internationaux et confronter son expérience aux expériences des autres équipes. Il doit communiquer, publier, exposer ses résultats à la critique de ses collègues, à leurs remarques constructives ou à leur désaccord, ce qui lui évitera par la suite une erreur. Au moment où je termine ce chapitre, je reviens du dix-septième congrès international méditerranéen de médecine légale où j'ai exposé l'intérêt d'un examen croisé médico-légal et psychologique chez les personnes handicapées victimes d'abus sexuels.

Suivre une telle procédure, chez les mineurs comme chez les personnes avec handicap mental, aurait pu éviter l'affaire d'Outreau, par exemple. Affaire où seul l'examen psychologique a été réalisé chez la

quasi-totalité des mineurs se disant victimes. On a pu mesurer l'effet d'une telle démarche, sans aucun caractère scientifique et aucune validation par les équipes impliquées dans la prise en charge médico-légale des victimes de violences sexuelles. Il n'y a pas de place pour l'improvisation ! S'auto-évaluer ou se faire évaluer permet de valider des processus fiables. La contrainte de la mise en place de tels processus prend tout son intérêt lorsque l'expert justifie de son examen et de ses conclusions devant un tribunal. Les faire approuver auparavant par des collègues critiques lui évitera bien des déconvenues cuisantes devant une cour qui n'est pourtant pas, loin s'en faut, un jury de Prix Nobel ! Cette démarche de qualité n'est qu'un des principes de l'expérimentation. La médecine légale quitte ses congrès pour assister à ceux organisés par d'autres branches médicales et scientifiques particulièrement exigeantes. On se

demande pourquoi cette dynamique n'est pas plus répandue.

Pourtant, à la fin du xix^e siècle, Claude Bernard a publié son ouvrage sur les *Principes de la médecine expérimentale*. Je sais, je sais. Tout a déjà été écrit, mais tout n'a pas été lu, comme aimait à le répéter l'un de mes anciens patrons. Se confronter aux exigences scientifiques dans des congrès de haute tenue permet la validation de nos recherches. C'est avec cinq scientifiques toxicologues, une Écossaise, une Norvégienne, une Suisse, un Canadien et un Allemand que j'ai eu les plus longues discussions scientifiques sur deux études portant sur les dosages des produits actifs du cannabis chez des conducteurs, et ceux du cannabinoïde, marqueur du caractère génétiquement modifié ou non du cannabis, chez des

consommateurs de cannabis. Cet échange s'est déroulé lors d'un congrès mondial de pharmacologie et de toxicologie, le 2nd *World Conference on Magic Bullets* qui vient de se tenir à Nuremberg. Environ un millier de participants venus du monde entier y ont assisté. Il faut dire que les travaux avaient été réalisés en commun avec le centre de recherche technique et scientifique de l'Intérieur, pour donner une idée du niveau scientifique que l'on peut espérer des sciences médico-légales ou « forensiques ».

**SAVOIR OBSERVER, C'EST
FONDAMENTAL**

Là encore, je veux être très clair. Des disciplines comme la psychiatrie médico-légale et la psychologie médico-légale ont forcément une large part d'interprétation, de sens clinique, même si, de plus en plus, la classification des troubles psychiatriques se veut très rigoureuse, à l'image de la classification du DSM-IV, le guide nosographique de l'association des psychiatres américains. Le médecin légiste, quant à lui, ne peut pas avoir cette part d'interprétation. Il doit connaître ses compétences et ses limites. Savoir ce qu'il peut faire et ce qu'il ne peut pas faire. Savoir qui contacter pour tel ou tel examen, comment conserver et adresser les prélèvements dans de bonnes conditions, devenant garant du bon suivi scientifique des prélèvements.

Dans un article du journal *Le Monde*, en date du

20 septembre 2008, Denis Salas, secrétaire général de l'Association française pour l'histoire de la justice, s'exprimait sur l'importance des experts dans les procès pénaux. Avec grande justesse, il parlait du danger de la confusion des places entre l'expert et le magistrat, en citant l'exemple des psychologues et psychiatres experts dans l'affaire d'Outreau. « Il y a à la fois une attente des magistrats de dire le vrai, notamment dans des situations d'incertitude où il n'y a pas de preuves, pas d'aveux, et puis il y a une offre de sens ou de vérité qui vient de l'expert. Et c'est la rencontre des deux qui produit cet effet de déplacement. On l'a bien vu dans cette malheureuse affaire. Il y avait une attente des juges et de toute la société, qui disaient “ce sont des pédophiles”, et les experts ont authentifié cette attente par une certitude labellisée scientifiquement. »

En fait, la mauvaise appellation de « sciences humaines » fait que, même des critiques comme celui dont je cite les propos, se laisse abuser par le terme « sciences » qui a une tout autre signification dans « sciences fondamentales ». On devrait parler plus justement de « connaissances humaines » et non de « sciences humaines ». Réserveons le terme « sciences » à celles qui sont fondamentales, telles que la physique, la chimie, la biologie, la physiologie et toutes leurs applications. Une solution à des dérives où le poids du rapport de l'expert est bien surestimé, peut être une part d'adaptation du système anglo-saxon dit de « *common law* », où l'expert de l'accusation se confronte à celui de la défense dans un débat contradictoire obligeant à la plus grande rigueur « scientifique » dans la véritable application du terme. Dans ce même article, Denis Salas tenait des propos

d'une grande portée. « Les experts devraient davantage avoir une éthique de la relativité de leur savoir. (...) Le problème des experts, c'est qu'ils jouent un rôle de caution scientifique sur une hypothèse de travail qui est une hypothèse de culpabilité, qu'ils vont étayer. Donc, s'il y a un faisceau d'indices qui tend à prouver la culpabilité de quelqu'un et que ce faisceau reçoit leur caution, cela fait preuve. L'expert crée la vérité. Et l'accusation pourra s'en servir pour obtenir une peine de dix, quinze ans de prison... Il est très difficile de renverser cette charge. Cela crée un effet de certitude qui impacte forcément la cour d'assises. » En termes scientifiques, un faisceau d'indices et une hypothèse de travail ne sont que la première étape de la démarche expérimentale scientifique. Le but est bien de vérifier, d'attester par différentes méthodes scientifiques validées, une hypothèse de départ qui

peut s'avérer totalement fausse. Alexander Fleming s'étonna de voir une absence de prolifération bactérienne sur des milieux de culture contaminés par des spores, celles du *Penicillium*. Il n'en déduisit pas qu'il allait être le père de la pénicilline et de l'antibiothérapie tout entière. Il se posa d'abord la question de savoir si ces milieux de culture n'étaient pas tout simplement trop peu enrichis ou pollués par un toxique, ce qui aurait également expliqué ce qu'il avait observé ! Savoir observer, c'est bien. C'est même fondamental. Mais la vérité n'est pas seulement ce que l'on voit ! Interpréter ce que l'on a constaté sans vérifier, sans éprouver ses hypothèses, n'aboutit pas à des conclusions valides mais à des erreurs. Et elles ne sont pas négligeables.

À quels moments rencontrez-vous la magistrature ?

À trois moments. Dans un premier temps de l'enquête, nous rencontrons les magistrats de terrain, c'est-à-dire les procureurs, les substituts du procureur et les officiers de police judiciaire qui sont présents au départ pour des enquêtes de flagrance. Les OPJ sont véritablement nos correspondants au quotidien. Ils sont les délégués de cette magistrature de terrain et sont informés de toutes les affaires au fur et à mesure qu'elles se présentent. Ces officiers et le médecin légiste sont, en quelque sorte, liés par un partenariat permanent. Cela fait avancer l'enquête de flagrance ainsi que toutes les étapes qui conduisent au dénouement. La deuxième rencontre avec la magistrature se fait avec les juges d'instruction qui vont

soulever des interrogations, soit sur une autopsie déjà réalisée, soit sur un examen ; ils peuvent demander une expertise pour juger de l'importance d'un traumatisme ou de l'opportunité d'une ITT, pour quantifier les lésions et les séquelles possibles. La troisième, enfin, se fait avec la magistrature « du siège », celle des procès, qu'on dénomme aussi « magistrature assise » pour la différencier de celle du Parquet, la « magistrature debout » pour reprendre la terminologie de la Justice d'Ancien Régime, maintenant passée dans le langage judiciaire. Cette rencontre a lieu lorsque le médecin légiste expert est cité à la barre dans une affaire correctionnelle et, plus souvent, dans une affaire criminelle. Le légiste est très régulièrement cité à la barre. Au minimum une à deux fois par mois. C'est une fréquence tout à fait habituelle. Il existe plusieurs cours d'assises qui peuvent être concernées et, aujourd'hui, certaines cours d'appels d'assises reviennent sur des décisions prises précédemment. Le rythme de travail est très soutenu dès que l'on exerce la médecine légale

dans un centre de référence qui recueille très régulièrement des victimes d'agressions sexuelles, d'homicides pour lesquels des autopsies et des examens de corps sur les lieux sont requis.

Quels sont vos rapports avec la magistrature ?

La clarté de l'exposé du médecin légiste et la solidité de ses conclusions vont être nécessaires parce qu'elle est à la fois questionnée par le président, entendue par les jurés mais aussi analysée et poussée dans ses retranchements par l'avocat général qui représente l'accusation, et donc le judiciaire. L'avocat de la partie civile, qui représente l'intérêt de la victime, et les avocats de la défense vont aussi avoir besoin de questionner l'expert pour savoir s'il se base sur des convictions personnelles, des intuitions, ou si son jugement et sa synthèse reposent sur des preuves, des faits, des éléments irréfutables, scientifiquement démontrés. Après une telle expérience, on

apprend l'humilité et surtout la nécessité de douter. Parce que du questionnement sur le terrain émergent des réponses valides qui pourront « tenir » devant une cour d'assises et, à l'inverse, une opinion délivrée rapidement sur une scène de crime ou devant une victime d'agression sexuelle ne résistera pas face aux interrogations, aux doutes et aux demandes de précisions d'une cour d'assises. Et là, justement, l'on peut évaluer la qualité et le professionnalisme du médecin légiste, qualité qu'il remet sans cesse en question devant les cours d'assises qui jugent de ses compétences professionnelles. Les médecins légistes tirent un grand bénéfice de ces évaluations de leurs pratiques professionnelles. À l'heure actuelle, une réflexion sur la mise en place d'une évaluation professionnelle appropriée pour tout le corps médical est mise en œuvre. Et je peux vous assurer qu'elle est bien présente dans la médecine légale, avec des magistrats très compétents, des avocats qui vont utiliser tous les arguments possibles, un avocat général qui va poser les questions les plus pointues. Cette évaluation des pratiques

professionnelles est publique, et je connais peu de professions où elle s'effectue avec autant de régularité.

Le médecin légiste est-il tenu d'être présent tout au long du procès ?

Lorsque le médecin légiste cité à la barre en tant qu'expert a fini sa déposition, il lui est possible de rester dans la salle pour assister à la suite du procès. On lui demande d'être expert mais aussi technicien, auxiliaire de justice, d'apporter ses connaissances et de faire preuve d'objectivité. Il faut se présenter complètement dégagé des pressions émanant de la défense et/ou de l'accusation. Le légiste doit répondre au président du tribunal, au jury, aux avocats de la défense et de la partie civile. Il est très intéressant d'assister à l'évolution du procès et de voir à quel questionnement le médecin légiste est soumis. C'est une façon d'apprécier notre travail

quotidien, la qualité d'un rapport, de prendre connaissance de nos lacunes afin de nous perfectionner. Il est important aussi de comprendre le poids de la déposition d'un expert. Il ne faut jamais oublier que, de nos conclusions, va être déterminée, en partie, la peine. Il faut rester très prudent, avec notre savoir-faire de technicien et un recul qui nous permet d'être dans la plus grande objectivité même si les cas sont atroces, même si humainement nous aurions eu d'autres réactions. Il faut se considérer comme un technicien qualifié qui va utiliser ses connaissances et son expertise pour garantir un maximum d'objectivité à la victime.

Comment ressentez-vous les questions de la défense ?

Les questions de la défense, du ministère public et des juges sont là pour éclairer le débat. Elles servent à la fois à

appuyer les axes de la défense et les axes de l'accusation. Il faut donc être très circonspect dans les réponses qui doivent reposer sur de bonnes connaissances. Lorsque nous témoignons et que nous rédigeons un rapport, il ne faut pas seulement s'appuyer sur sa simple expérience, mais aussi sur les connaissances scientifiques actuelles qui nous obligent à nous remettre en question en permanence.

Arrivez-vous à conserver le sens de l'objectivité à tout instant ?

Je l'espère. J'ai bien conscience que le fait de témoigner lors des différentes audiences apporte des renseignements essentiels. Le témoignage d'un expert pèse lourd dans la décision qui suivra. C'est donc avec la plus grande circonspection que l'on va avancer nos arguments. Nous les classifions avec, d'une part, les arguments absolument formels, d'autre part, ceux qui

relèvent de l'hypothèse et, enfin, les « inconnus ». Et c'est en essayant de dévoiler ces « inconnus », en émettant différentes hypothèses, que l'on s'améliore. Bien entendu, des erreurs sont toujours possibles. L'écueil à éviter : ne pas cerner le problème. De plus, l'erreur commise par beaucoup d'experts est de croire qu'ils possèdent la science infuse. C'est dans notre remise en question que l'on va pouvoir défendre notre activité d'expert. On se doit de respecter la rigueur scientifique avec la pratique du doute sur la scène de crime ; ce doute doit se renforcer au moment de la rédaction du rapport d'autopsie et par les questions complémentaires du juge d'instruction lors du procès d'assises. Les arguments que peut donner le médecin légiste sont aussi remis en cause lors de l'appel d'assises qui devient une pratique courante du médecin légiste. Cela permet d'apporter beaucoup d'éléments intéressants car, très souvent, lors des appels d'assises, les questions des avocats, des magistrats et des jurés reposent sur des connaissances médico-légales performantes. Le niveau d'exigence dans la déposition

du médecin légiste n'est donc radicalement pas le même qu'il y a seulement cinq ans. Il est beaucoup plus élevé et se renforce continuellement.

Êtes-vous beaucoup appelé à la barre en tant que médecin légiste ?

Oui, nous sommes sollicités pour les homicides, les tentatives d'homicides, les viols d'adultes ou de mineurs. Nous avons un rôle très important lors d'agressions sexuelles. La personne est encore vivante et le médecin légiste va être le seul à intervenir, à faire des prélèvements et à examiner la victime d'abus sexuels. C'est un moment très particulier et délicat. Il faut rassurer tout en constatant les faits ; cela implique beaucoup de travail et toutes les compétences sociales et médicales sont requises à ce moment-là. D'où l'intérêt de centres de référence qui vont pouvoir apporter, dans un futur proche, je l'espère,

un maximum d'informations et d'éléments utiles à la victime dans sa démarche, tout comme au magistrat.

Doit-on rappeler les incohérences soulignées lors du procès de l'assassinat du préfet Érignac, dans l'île de Beauté, où l'on jugeait de la culpabilité ou de l'innocence d'Yvan Colonna ? Comment s'étonner d'entendre des démonstrations balistiques confuses par un médecin dont l'exercice de la médecine légale ne doit être qu'assez occasionnel ? Pourquoi s'étonner d'entendre des théories sur la taille de l'auteur des coups de feu « au moins aussi grande que la victime, assez peu facile à prouver, et les trajectoires inusuelles, décrites comme étant quasiment horizontales et néanmoins mesurées à presque 45° d'inclinaison, obligeant à trouver l'explication de la marche du préfet tête baissée dans une rue en pente ?

Alors que l'autopsie a été réalisée à la hâte dans une salle qui n'est plus aux normes et ne dispose pas de moyens d'imagerie modernes ! Pourquoi n'a-t-on pas acheminé le corps sur le continent pour disposer de tous les moyens utiles ? Juste en face, à Marseille, un congrès de balistique terminale a réuni, en décembre 2008, les spécialistes médico-légaux sur la question. C'est paradoxal que l'on n'ait pas alors sollicité ces moyens. Je suis chargé d'animer des ateliers et de présenter le rôle de l'expert médecin légiste devant la cour d'assises pour des affaires de balistique. Vous en avez déjà eu un aperçu... En tout cas, aujourd'hui, la confiance des magistrats en Corse dans leurs médecins légistes locaux est tellement grande, que ce sont les médecins légistes du CHU de Marseille qui se déplacent - à quel coût ! - à chaque fois qu'une autopsie est demandée. Loin de moi l'idée de me montrer pessimiste ou critique. La contribution

du médecin légiste est quand même très largement plus positive que négative devant une cour d'assises. La première après-midi d'un procès d'assises en deux jours, la deuxième journée, s'il dure trois jours, le médecin légiste fait sa déposition sur l'examen médico-légal qu'il a effectué sur une victime de viol - crime qui représente à lui seul plus de 60 % des affaires jugées en cour d'assises et en cour d'assises des mineurs - ou sur la levée de corps et l'autopsie qu'il a pratiquée sur la victime décédée.

Ce qui surprend très souvent dans les affaires d'homicide, c'est l'extrême banalité des auteurs et l'absence de motivation. Personne ne nie que l'arme utilisée était le couteau retrouvé, saisi et scellé, qui est là, posé sur la table entre la barre où déposent experts et témoins, et l'estrade de la cour. Personne

ne conteste le nombre de coups portés ni le fait qu'ils ont provoqué la mort. Les explications que nous apportons donnent l'angle et la force nécessaire, avec de savants calculs entre la masse (dépendante de l'arme et de celui qui la tient) et la moitié de la vitesse avec laquelle l'arme a heurté ou pénétré la victime portée au carré (la force du coup) ne semblent pas susciter l'intérêt général. Les magistrats sont satisfaits du travail de l'expert qui a mis à leur disposition les ressources de la science. Le médecin légiste est également satisfait de montrer les outils dont il dispose et qu'il sait utiliser. Il lui faut juste modérer son enthousiasme.

Le légiste ne sait pas répondre à toutes les questions

Les techniques médico-légales ont pu démontrer que

« l'homme des glaces », baptisé Otzi, à ce jour la plus ancienne momie connue au monde (- 5 000 ans), retrouvé, en 1991, par deux alpinistes dans la vallée d'Otz, à 3 200 mètres d'altitude, à la frontière entre l'Autriche et l'Italie, a été tué par une flèche en silex dont la pointe est restée plantée dans son omoplate gauche, ayant occasionné auparavant des lésions des vaisseaux pulmonaires. Formidable apport de l'imagerie tridimensionnelle post-mortem et des connaissances physio-pathologiques de la médecine légale ! Monsieur le médecin légiste, Otzi est-il tombé dans une embuscade ? Monsieur le médecin légiste, le meurtrier a-t-il agi seul ou en groupe ? Les questions qui passionnent, la science médico-légale ne peut pas y répondre, ou alors indirectement.

Je relis systématiquement les comptes rendus des

procès d'assises à l'issue de tous ceux dans lesquels je suis appelé à déposer. L'auteur a été condamné, les preuves ont été apportées. Tout cela tient en une ou deux lignes d'une colonne d'article. En revanche, les avis des psychologues et des psychiatres sur la personnalité de l'auteur, les arguments des avocats occupent la quasi-totalité de l'article. Démontrer le « comment » est un travail scientifique, argumenté, solide mais pas glorieux. C'est le mien. Imaginer le « pourquoi » est riche en hypothèses, en intuitions, en explications ; c'est ce qui titille notre curiosité. Le mode opératoire des tueurs en série est vite rejeté tant il est atroce. Très vite, la cour d'assises n'en peut plus devant l'exposé de la mécanique d'un meurtre ou l'explication de la fréquence des viols sur les transformations anatomiques d'un hymen ou d'un sphincter anal. Pendant des heures, elle va entendre parler de l'auteur, de son passé, de son psychisme...

Et pourtant, le basculement de l'auteur qui s'est toujours défendu, pas à pas, d'avoir vraiment voulu tuer, d'avoir vraiment voulu violer, survient si souvent après la déposition du médecin légiste !

« M. X, vous avez bien compris ce qu'a dit M. l'expert ? Dites à la cour si les faits se sont bien passés ainsi ! Levez-vous et prenez le micro ! ». Un bredouillement. Une tentative d'explication. Une nouvelle question. « M. X, dites-nous simplement si les faits se sont bien passés ainsi ? La victime veut l'entendre. Votre famille veut l'entendre. » Alors, la réponse arrive, faible mais distincte : « Oui, je l'ai fait ». Le silence qui s'ensuit est lourd, très lourd, pesant même. La Justice a obtenu l'aveu. C'est une chance. C'est maintenant au tour des avocats d'expliquer le pourquoi des choses. L'aveu est perçu

comme une sorte de grandeur de l'accusé ou de rémission du péché. Ce voisin si serviable, qui voulait bien montrer ses lapins au petit Parisien qui venait passer ses week-ends dans la maison mitoyenne, il a eu bien du mal à prononcer ce « oui » devant son neveu de vingt ans venu le défendre, avec une conviction juvénile. « Non, je le connais depuis que je suis petit. Il est très gentil. Il ne m'a rien fait. Ça ne peut pas être lui. ». Je dépose après le témoin. J'expose des faits. Date les lésions. Estime la répétition des faits. Relate les actes possibles et impossibles au vu de mes constatations. Je suis documenté. J'ai des photographies, des repères millimétrés.

Après l'aveu, l'homme se rassoit. Il s'est délivré d'un terrible secret. Demain, psychologues, psychiatres,

avocats tenteront d'expliquer ces gestes, de faire ressurgir l'enfance malheureuse, la mère castratrice, le contexte social... J'ai simplement mis la lumière là où elle devait être. Je sais que c'est brutal. Je m'en vais. En sortant de la salle vide - l'audience se déroule à huis clos - je passe à côté du témoin qui peut rester, le neveu, assis sur un banc au fond, recroquevillé, comme s'il voulait disparaître. Je l'entends sangloter. Son oncle est privé de sa liberté et lui, de son innocence.

**FACE À UN PAUMÉ OU À UN
SALOPARD, RESTER IMPARTIAL**

À d'autres occasions, les questions se veulent techniques. Le SDF retrouvé mort, étranglé, aux pieds d'un camarade d'infortune endormi dans son ivresse, alors qu'un troisième, auteur des faits, se lamente en appelant les secours bien après la mort : c'est l'objet du débat aux assises. Il y a eu la levée de corps en pleine nuit dans l'endroit qu'ils squattaient, puis l'imagerie tridimensionnelle, puis l'autopsie. Il y a eu l'examen histologique des tissus lésés qui ont été prélevés lors de l'autopsie. Il y a les constatations des enquêteurs. Il y a cette écharpe sans nœud qu'il a fallu serrer, serrer, pendant de longues minutes. À charge et à décharge, les questions tentent de préciser le mécanisme qui traduit ici une force longuement appliquée, alors que l'agonie se produit, alors que l'asphyxie rend le SDF de plus en plus inconscient, particulièrement alcoolisé ce soir-là ! L'expert médecin légiste et l'expert anatomo-pathologiste

déposent successivement, puis sont interrogés de concert.

— Combien de minutes pour la mort ?

— De trois à cinq, au moins.

— Faut-il maintenir l'écharpe serrée jusqu'au bout ?

— Oui, c'est nécessaire pour que l'asphyxie mécanique, l'obstruction des voies respiratoires aient lieu.

— Faut-il exercer une grande force ?

— Oui, bien sûr, des deux bras, en opposition, car le lien est presque horizontal.

— L'inconscience est-elle survenue avant la mort ?

— Bien sûr, c'est le premier signe de l'anoxie.

C'est alors que revient la question : « M. X, vous avez bien compris ce qu'ont dit les experts ? Dites à la cour si les faits se sont bien passés ainsi ! Levez-vous

et prenez le micro ! Comment avez-vous fait ? ». L'accusé se lève. Il mime le geste et ressert un lien imaginaire, cette fois.

— Comme ça ?

— Oui !

— Vous avez maintenu serré ?

— Oui !

Demain, à l'issue des débats, après que psychiatres et avocats auront exposé sa vie de misère, le pauvre bougre aura écopé d'une peine de plus de dix ans de prison. Lorsqu'on sait le poids d'une telle déposition, on veille à ne rien manquer lors de l'autopsie, ne rien laisser passer. Je sais que l'avocat qui se lève pour m'interroger a surligné un mot, une tournure de phrase équivoque ou imprécise, sur la photocopie « à

la cote D... ». Rester précis. Impartial. Quoi qu'il arrive. Que l'accusé que j'ai entrevu dans le box à ma droite ait l'air d'un paumé de l'existence ou du parfait salopard. Je ne suis ni juge, ni juré. Tant mieux ! Je sais le poids qu'ils ont sur leurs épaules !

De tous les procès d'assises où je suis venu déposer, j'aimerais citer ce dernier cas, celui d'un père jugé pour inceste sur sa toute petite fille. Toute petite au point d'être encore en maternelle quand la cour d'assises juge l'auteur de ces viols. Les faits sont flagrants. Des faits que l'on regrette d'avoir constatés. L'avocate de la défense est une « vieille routière » des tribunaux. Elle défend bec et ongles son client. Elle pose une ou deux questions. Questions de principe. Le dossier est complété de photographies, de mesures, de documents. La maltraitance a précédé les

abus sexuels. Pourquoi n'a-t-elle pas été vue plus tôt ? Pourquoi et comment un médecin généraliste est-il passé à côté ? Je réponds posément. Lorsque le service a été prévenu, l'examen a été pratiqué au plus tôt. Ce dernier n'est pas évident pour celui qui n'est que rarement confronté à ces situations. « Pas de trace de violence. » C'est vrai. Et c'est faux à la fois. La violence n'est pas univoque. Mais lorsque l'avocate ne m'interroge plus, elle argumente au président de la cour sur l'entourage du père, ni plus ni moins alcoolique que lui, ni plus ni moins connu pour des actes précédents commis sur des enfants, plus ou moins signalés. Mes limites - celles du médecin légiste - sont dépassées. Les constatations sont nettes. L'accusé continue de nier les faits : « Je sais pas, je l'ai laissée chez Untel puis chez Untel, je sais pas ce qu'ils lui ont fait. » Moi, je sais. Le prévenu a été reconnu coupable et condamné. La vérité judiciaire

dépasse celle de la science médico-légale. Et c'est très bien ainsi.

CONCLUSION

FORMATIONS ET MODES D'EXERCICE DE LA MÉDECINE LÉGALE AU XXI^ESIÈCLE

Comment supportez-vous la mort et la souffrance au quotidien ? Qu'est-ce qui vous a attiré vers la médecine légale ? Qu'est-ce qui vous motive encore aujourd'hui pour continuer ? Ce sont les trois questions les plus fréquemment posées au médecin légiste par des interlocuteurs qui ne sont pas du

métier, ou par des journalistes. L'intérêt grandissant - pour ne pas dire la passion - que suscite la médecine légale en ce début du xxi^e siècle est largement relayé par toutes les séries télévisées ; les représentants de la médecine légale et de la police scientifique et technique y tiennent les premiers rôles. Ne citons que *Les Experts*, *NCIS* ou *Le Dernier Témoin*. Ces programmes font exploser les audiences et déclenchent des vocations chez les téléspectateurs assidus. Ces derniers se demandent alors comment on peut bien devenir médecin légiste aujourd'hui ! Si les questions fusent de la part de ceux que la profession attire ou fascine, les propositions de réponses émanant de tous ceux qui se proclament médecins légistes fusent également.

UNE MÉDECINE DU « VIVANT »

Bon nombre de médecins, médecins légistes occasionnels notamment lors d'examens pratiqués à la demande d'un officier de police judiciaire, se verraient bien intégrer le monde des experts. Certains médecins légistes de formation anatomo-pathologistes confrontés à des corps sans vie ou à des organes sortis du contexte du malade se désignent comme médecins des morts. D'autres, qui ont principalement affaire aux victimes vivantes, décrivent la médecine légale comme une médecine de la violence. D'autres encore évoquent la psychiatrie médico-légale. Les biologistes utilisent leurs spécialités de toxicologues ou de généticiens pour s'emparer de domaines appartenant aux sciences

médico-légales, telles que la toxicologie ou l'identification par l'ADN. Nous sommes loin des aphorismes sages des médecins légistes que j'ai voulu faire figurer au tout début de cet ouvrage. Il y aurait donc, aujourd'hui, des médecins légistes de toutes spécialités, de toutes origines, de tous types d'exercices ? La médecine légale se pratiquerait tout autant dans les services des urgences que dans les services d'anatomo-pathologie, dans les laboratoires ou dans les institutions psychiatriques ? La médecine légale serait une médecine du « vivant », alors qu'on la croyait une médecine du « mort » ? Le médecin légiste serait un médecin ambulant, puisqu'on le rencontre sur des scènes de décès suspects, violents ou criminels bien plus souvent que dans un cabinet ? Comment imaginer une cohérence ? Répondre aux questions exposées dans l'introduction de cet ouvrage ?

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

L'exercice de la médecine légale peut-il être une vocation ? Quels conseils donneriez-vous aux jeunes étudiants qui ont choisi d'embrasser cette profession ?

Cette spécialité demande de longues études, elle est très exigeante et suscite forcément un vif intérêt. Chacun a ses propres motivations. Ce qui est palpitant, c'est que la médecine légale va le plus loin possible dans l'interprétation. La médecine a toujours été basée sur la synthèse « connaître et comprendre ». La médecine légale, elle, reste totalement

ouverte ; c'est à la fois un champ de curiosité et d'explications. Le tout premier conseil que je pourrais donner aux jeunes médecins, c'est déjà de devenir de bons professionnels. Ensuite, la spécialité viendra d'elle-même. Le médecin est un scientifique de haut niveau, il doit être capable d'établir une relation de confiance avec ses patients. Mais quelle que soit la spécialité choisie, une forte motivation, une grande résistance physique et morale se révèlent indispensables. Le second conseil concerne les connaissances. Certes, elles sont valables à un moment donné mais, plus que tout autre domaine, la formation et la remise en cause doivent être permanentes, ainsi que la réactualisation des connaissances.

Pourquoi avoir choisi la médecine légale ?

La curiosité a été un moteur important dans mon choix. La médecine nous incite à nous questionner sur le pourquoi des

choses. Pourquoi sommes-nous malades ? Quel est le développement de la maladie ? Pourquoi se déclenche-t-elle ? Quelles sont les réactions physiques et pathologiques liées au déclenchement de la maladie ? Quand on fait de la traumatologie et de la médecine d'urgence, comme cela a été mon cas pendant des années, on a envie d'aller plus loin dans la connaissance, plus loin dans le suivi et la recherche d'explication des traumatismes, des lésions et des décès que l'on observe. C'est la raison pour laquelle je me suis orienté vers la médecine légale.

Comment devient-on médecin légiste actuellement ?

Les formations sont classiques et reconnues par l'État. Il faut tout d'abord acquérir une compétence par l'internat, avec une spécialité (diplôme d'études spéciales) et ensuite choisir une

surspécialité. C'est ce que l'on appelle le DESC, Diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine légale et expertise médicale. Ce diplôme complète les connaissances que l'on a obtenues par la spécialité et qui peut s'ajouter à un éventail d'autres spécialités. Il y a, par exemple, des psychiatres qui choisissent la médecine légale pour la partie criminologique et victimologique. Des biologistes peuvent faire de la biologie médico-légale (l'ADN, la toxicologie). Certains anatomo-pathologistes font de la médecine légale pour se consacrer ainsi à l'étude de la thanatologie. De plus, certains médecins légistes prennent une orientation clinique et peuvent s'occuper exclusivement des dommages corporels ou travailler dans des urgences médico-judiciaires, ou encore recevoir des victimes. La surspécialité permet donc d'utiliser les connaissances dans un but médico-judiciaire.

Faut-il partir étudier la médecine légale à

l'étranger ?

Pourquoi pas ? Partir pour l'étranger est toujours un bon mode de formation. Dans tous les cas, il faut se confronter aux pratiques professionnelles des uns et des autres. Le milieu de la médecine légale présente une dynamique d'organisation de congrès internationaux, d'échanges de connaissances, de publications où justement se confrontent les pratiques de tous. On voit des médecins légistes participer à des congrès de toxicologie mais aussi à des congrès de traumatologie, de radiologie et de médecine légale où chacun apporte des connaissances supplémentaires issues de formations diverses. Le biologiste expose de nouvelles techniques au médecin légiste clinicien, qui va lui aussi transmettre et éclairer le radiologue qui débute l'imagerie post-mortem. Le nombre de médecins légistes étant assez restreint sur le territoire national, nous travaillons souvent entre collègues. Je fais partie de plusieurs associations, dont l'une la « Cross Channel Conference », réunit les médecins légistes

anglais, belges, hollandais et français et une autre, les médecins italiens, belges, français et suisses autour de thématiques régulières.

Est-il facile, aujourd'hui, de trouver un stage ? un emploi dans ce milieu ?

C'est à la fois difficile et très demandé. À l'heure actuelle, la médecine légale dépend des hôpitaux parce qu'elle nécessite des moyens, une technologie, un plateau technique et elle se développe beaucoup dans le cadre d'unités médico-judiciaires ou d'urgences médico-judiciaires (les urgences assurent une couverture médico-légale 24 heures/24). La profession est donc sensible aux réformes et aux réorganisations de l'hôpital. En même temps, il y a un besoin certain, notamment en ce qui concerne la prise en charge des victimes. Dans tous les cas, les activités au sein des services médico-

judiciaires répondent à une nécessité de plus en plus importante.

Pourquoi avez-vous choisi les urgences médico-judiciaires ?

J'étais déjà dans le monde de l'urgence, et de l'urgence spécialisée, avec les urgences toxicologiques. À partir de cette formation intéressante, j'ai eu envie d'aller plus loin. La victime de l'accident, du traumatisme ou d'une plaie par arme à feu va d'abord arriver dans un service d'urgences. On est donc forcément confronté, à un moment ou à un autre, à la médecine légale de par l'étude de la traumatologie d'urgences et des problématiques de l'accidentologie.

Que vous ont apporté vos années d'expérience ?

La formation hospitalière est très complète. Nous sommes très encadrés. Les jeunes médecins sont toujours orientés et conseillés par les plus anciens. On ne part donc pas de rien. L'expérience s'acquiert petit à petit. En revanche, au fur et à mesure que les années défilent, le questionnement et le doute se développent. Le piège dans lequel peuvent tomber les jeunes médecins légistes est l'absence de doute. Il ne faut surtout pas être trop sûr de soi au début, car on risque de passer à côté de quelque chose. L'expérience va apporter des éléments de connaissances supplémentaires, mais aussi la possibilité de douter, de remettre en cause les constatations et de les soumettre à encore plus de questionnements et d'analyses.

Comment comprendre que l'annuaire 2007 de la médecine légale en France recèle moins d'une centaine de noms, alors que les médecins experts en médecine légale sont plusieurs centaines pour les

cours d'appel, et que ceux qui se proclament eux-mêmes médecins légistes forment des petits bataillons sur tout le territoire français ?

Y aurait-il de vrais médecins légistes, ceux de l'annuaire de la société de médecine légale, des médecins du monde judiciaire et des médecins faisant de la médecine légale comme monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir ? Combien parmi eux ont lu et mis en pratique les recommandations du professeur Paul Brouardel dans l'introduction qu'il donne au *Précis de médecine légale* de Vibert, à la fin du xix^e siècle ? Si ses conseils avaient été entendus et respectés par tous les médecins légistes qui ont porté le titre d'expert judiciaire, en France, en Europe ou ailleurs, sans doute bien des erreurs judiciaires auraient été évitées. « Pour l'expert, il ne s'agit pas de dire : "Il est probable que tel ou tel fait a été accompli dans telles conditions", mais : "Il est démontré" ou :

“Il n’est pas démontré” que tel fait a été accompli dans telles conditions.

(...) Le premier devoir du médecin légiste est donc de comprendre la nature des questions posées, leur but, de les résoudre scientifiquement, de se confiner dans le domaine spécial qui lui est réservé, de ne pas compromettre la vérité en substituant ses convictions à ses constatations.

(...) Il n’est pas juge, il n’est pas juré, peu importent ses opinions sur la culpabilité du prévenu, il est interrogé par le juge sur ce qu’il a vu, sur le visum et repertum, [ce qu’il a vu, ce qu’il rapporte n.d.a.] son intervention n’est légitimée que parce que le juge d’instruction n’a pas de compétence scientifique, il doit fournir les renseignements nécessaires sur les questions médicales soulevées par l’enquête, mais sur elles seules, sous aucun prétexte il ne doit aller au-delà, sa responsabilité est déjà assez lourde. Ainsi que

le disaient nos ancêtres, il doit “fermer les oreilles et ouvrir les yeux” (...).

(...) Ce n’est que par la pratique que l’expert peut prévoir les difficultés qui vont surgir au cours des recherches, qu’il connaît la mesure de sa valeur, de son insuffisance, qu’il ose dès le début dire sur quels points porte sa faiblesse, et qu’il sait, en écrivant les conclusions de son rapport, faire la part exacte de ce qui est et de ce qui n’est pas démontrable, qu’il se sent assez en possession de lui-même pour être sûr qu’en assises, quelles que soient les questions soulevées, il y ait une borne à ses affirmations, qu’il ne franchira pas. »

Nul doute que si l’on suit ces exigences, la liste de sélectionnés peut se limiter à quelques pages... que

l'on rêve, bien sûr, d'enrichir !

LA MÉDECINE LÉGALE N'EXISTE PAS !

Pour expliquer qui est qui en médecine légale et les disparités entre ce que l'appellation « médecin légiste » évoque pour le grand public et l'exercice de la médecine légale, il convient de s'attarder sur un sujet fondamental : la formation. Aujourd'hui comme hier, pour les médecins encore en activité qui ont suivi leurs enseignements avant la réforme des études médicales de 1968, tout comme pour les jeunes médecins légistes qui ont suivi leur cursus

universitaire répondant aux exigences de la formation médicale, telles qu'elles ont été définies par les instances européennes, et telles qu'on les applique depuis 1985, la médecine légale, en tant que spécialité médicale, n'existe pas ! Le docteur Vorhauer, qui connaît bien la situation, souligne le problème dans sa postface ! La médecine légale n'existe pas ! Pourtant, sur nos petits écrans, tous les soirs, les légistes apparaissent aux côtés des policiers, des gendarmes, des magistrats. Et personne n'aurait dévoilé cette supercherie ?

L'explication est pourtant simple. De tout temps, la médecine légale a reposé sur une part d'expertise, sur la synthèse de connaissances et d'une pratique. C'est cet exercice médical qui fait la spécificité du médecin légiste. Ce qui ressemble à une spécialité de

psychiatrie, à un diplôme d'études spécialisées, selon la formulation actuelle, celui qui complétera cette spécialité par l'exercice de la psychiatrie médico-légale, deviendra psychiatre et médecin légiste. Titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie, le biologiste se tournera vers la génétique, l'identification par l'ADN à visée médico-légale, et deviendra un généticien médecin légiste. D'autres iront vers la toxicologie, et on constatera l'existence de toxicologues médecins légistes, ou de toxicologues pharmaciens légistes, puisque ces spécialités de laboratoire peuvent également accueillir des pharmaciens biologistes. D'autres encore, titulaires d'un diplôme d'études spécialisées en chirurgie traumatologique ou en médecine interne à orientation d'urgence, deviendront des médecins légistes plus particulièrement spécialisés dans la traumatologie, dans l'urgence médico-légale, l'urgence médico-

judiciaire qui constitue maintenant le fer de lance de la médecine légale. Actuellement, les examens réalisés en urgence chez des victimes vivantes, représentent plus de 90 % de l'activité médico-légale.

Médecin de la violence, donc, car l'urgence peut le confronter à des situations qui le mèneront sur les lieux d'une scène de décès violente, accidentelle, suicidaire ou d'une scène de crime. Il interviendra alors sur place dans l'exercice d'une levée de corps, cet examen du corps pratiqué sur les lieux d'un décès, dans une chambre funéraire ou lors d'un service mortuaire hospitalier pour un examen médico-légal externe. C'est lui encore qui sera le référent médico-légal des techniciens de scènes de crimes et des enquêteurs, en toute première ligne, avant son rapport au magistrat qui se présentera peut-être sur les lieux où le corps a été retrouvé. Selon ses compétences propres, selon sa formation, il

pratiquera l'autopsie ou fera appel à un anatomo-pathologiste ou à un médecin légiste qui s'est qualifié en médecine légale thanatologique, la médecine légale post-mortem, pour réaliser l'autopsie médico-légale.

Dans ces activités, il devient indéniablement aussi le médecin des morts. On le voit, la variété des spécialités médicales représentées dans le monde de la médecine légale ne laisse rien au hasard et correspond à la diversité de l'exercice médico-légal que les médecins légistes des xix^e et xx^e siècles ont tellement bien appréhendée.

La qualification des médecins légistes après une formation complète et une spécialisation, en fait à la

fois la qualité et la rareté. Rappelons-le, moins de cent d'entre eux, hospitalo-universitaires ou praticiens hospitaliers, figurent dans l'annuaire 2007 de la médecine légale en France. Moins de cent ! Un par département ! Pour les néophytes, il suffira de rappeler que la formation existante requiert un diplôme d'études spécialisées passé pendant l'internat, sur une période de quatre ans après les six premières années de médecine. Pour que le médecin légiste puisse être pleinement qualifié et obtenir le Diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine légale et expertises médicales, il faudra qu'il ait prolongé d'au moins deux ans sa formation dans des services qualifiants. Le cursus est suivi, le plus souvent, d'un clinicat (chef de clinique hospitalo-universitaire) ou d'un assistantat hospitalo-universitaire, selon le type de service clinique orienté vers le patient vivant, ou à type de laboratoires ou de

services d'anatomo-pathologie à visée médico-légale pendant trois ans au minimum. Autrement dit, bac + 13. C'est ainsi que je me suis formé, avec un internat de spécialités médicales orienté autour de l'urgence et de la toxicologie clinique, quatre ans après le concours de l'internat. Pour compléter la formation, j'ai travaillé pendant des années comme assistant hospitalo-universitaire dans un service expert renommé de médecine légale et d'anatomo-pathologie du CHU Paris-Ouest, sous la férule de ce que l'on peut appeler un « vrai » grand patron. Pendant l'internat, je me suis consacré, pour une large partie, aux urgences médico-judiciaires qui venaient de se créer à l'Hôtel-Dieu, mais également dans des services de médecine légale plus polyvalents, comme le service de médecine légale du CHU de Rennes. J'y ai reçu une formation générale théorique. Dans mon cas, les connaissances théoriques et pratiques

acquises en médecine légale du vivant, en médecine des violences, à raison de semestres entiers et d'innombrables jours et nuits de garde, ont été complétées par celles sur l'autopsie médico-légale, pendant presque trois années, comme interne de spécialité puis assistant hospitalo-universitaire d'un service de référence.

À y regarder de près, ce long parcours s'est poursuivi, tout au long d'un parcours de médecin des hôpitaux, en cumulant l'expérience de terrain avec l'expérience théorique qui s'acquiert au fil des communications entendues ou réalisées dans différents congrès, et des articles lus ou publiés dans des revues reconnues pour leur valeur scientifique.

ENTRETIEN AVEC E. RIGAL

En quoi la médecine légale est-elle plus moderne aujourd'hui ?

On est en train d'évoluer vers une médecine qui recherche sans cesse la preuve. On est passé du sens de l'observation clinique au sens de la preuve. Le corps de la personne décédée parle et révèle maintenant toutes les traces et indices possibles grâce à l'ADN. Lorsqu'il y a un traumatisme, le taux d'enzymes musculaires permet, par exemple, d'avoir une idée de l'importance de la violence du traumatisme. La médecine légale est donc à l'affût de toutes les techniques qu'elle peut utiliser telles que l'imagerie tridimensionnelle, le scanner, la biochimie et la toxicologie.

La médecine légale est aussi devenue pluridisciplinaire. Les spécialités, comme la psychologie et la psychiatrie, sont aujourd'hui très importantes, beaucoup plus qu'il y a

cinquante ans. Nous avons besoin de connaître les motivations de l'auteur pour faire avancer la procédure pénale. Aujourd'hui, la médecine légale fait appel à la modernité scientifique qui dispose de ressources très pointues. Le plus grand progrès, à mon sens, a été la découverte des empreintes génétiques en 1985 grâce à Jeffreys. Le premier test a permis d'innocenter un suspect, puis le coupable a été trouvé à partir de la prise de l'empreinte génétique. On a vu arriver alors une nouvelle génération de médecins légistes et la spécialité s'est complètement renouvelée.

Quelle est la place de l'éthique dans l'accueil des victimes ?

Il y a, en ce moment, une réflexion éthique concernant tous les champs de la médecine, dont la médecine légale. À partir de 1985, avec l'apparition des UMJ, on a commencé à accueillir

des victimes. Avec elles, il est impossible de faire de la médecine légale clinique correctement sans ce rapport éthique, sans ce rapport à l'autre. La victime vit une souffrance intime, souvent insoutenable, notamment due à des violences sexuelles. Le médecin légiste entre dans l'intimité des personnes, il fait effraction dans sa vie.

L'examen est une épreuve particulièrement redoutée des victimes. Obéir aux demandes du praticien, montrer son corps, subir un examen est souvent vécu comme une réplique de l'agression subie. La victime a l'impression de devenir un objet d'enquête pour les médecins. Il faut donc beaucoup d'écoute et de savoir-faire pour ne pas la blesser et l'effrayer davantage encore. Il ne faut pas lui renvoyer son image de victime. Nous sommes là pour faire un constat, pas pour juger. L'éthique et le professionnalisme ont donc une place très importante dans l'accueil de ces personnes fragilisées.

Est-ce la médecine des vivants ?

Elle a toujours été la médecine des vivants. Du temps d'Ambroise Paré, on commence à décrire les premières plaies par arme à feu avec les blessures de mousqueterie. Ambroise Tardieu a joué aussi un rôle décisif concernant la médecine légale dans les années 1860. Il est le premier à avoir alerté ses confrères sur les problèmes de mauvais traitements et de violences sexuelles exercées contre les enfants. Il est le premier à avoir décrit les symptômes et les signes cliniques de la maltraitance, réunissant des indices permettant aux médecins de la déceler lors de l'auscultation. Être médecin légiste, c'est donc, avant tout, s'occuper des vivants. Actuellement, la médecine légale du vivant représente plus de 90 % de l'activité médico-judiciaire. La plupart des personnes qui viennent en consultation aux UMJ sont là pour établir un bilan traumatique suite à un accident, ou pour coups et blessures, ou encore pour des affaires de mœurs. On n'a donc moins de 10 % d'activité de thanatologie.

En quoi la médecine légale est-elle une composante de la criminologie ?

La médecine légale apporte des éléments fiables d'explication et d'ouverture vers l'explication des faits. La criminologie va analyser, essayer de comprendre. La médecine légale, elle, reste dans son rôle de descripteur et d'observatoire de santé publique. Nous répondons aux questions « Quand ? » et « Comment ? » alors que la criminologie répond à la question « Pourquoi ? ». La médecine légale n'a jamais un horizon fermé, on recherchera toujours la preuve à l'aide de nouvelles techniques. On travaille en ce moment sur la définition de l'ITT (Incapacité totale de travail), sur laquelle se base toute la procédure pénale. La définition moderne est bien éloignée de celle qui avait été faite sous le premier Empire . L'ITT n'est pas une notion médicale mais juridique. C'est la durée

de l'ITT qui qualifiera l'acte, qui définira le type de tribunal compétent et qui fixera la peine encourue. On est en quête d'éléments de véracité, on recherche aujourd'hui une échelle, c'est un peu comme la définition du mètre en mesure. Une fois qu'elle a été établie, on a vu se développer les mathématiques et la physique. Il est donc très probable qu'en définissant les fondamentaux de l'ITT, on aille encore plus loin dans la définition de la médecine légale.

Comment les centres de référence se développent-ils ?

Ils ne sont pas encore totalement formalisés. Il est toutefois très probable que, dès maintenant, la future carte médico-judiciaire, qui complétera la carte judiciaire existante, distinguera les centres les plus qualifiés avec du personnel ayant une grande expérience ainsi que les moyens techniques

les plus pointus. Ce pôle de compétences et de connaissances conjuguera les moyens techniques et humains, dans un même lieu.

Tout cela permet d'avancer peu à peu vers le concours de praticien hospitalier, ou le concours hospitalo-universitaire de maître de conférences, de professeur des universités. À ce stade, celui de la maturité professionnelle et personnelle, on peut accéder pleinement aux responsabilités hospitalières de la médecine légale, véritable profession lorsqu'on l'exerce dans un cercle assez restreint de services de référence, dont le petit nombre explique un peu la courte liste de ce fameux annuaire de la médecine légale. Entre trente et quarante ans, après avoir successivement passé le concours de l'externat qui ouvre les portes des études médicales, celui de

l'internat qui ouvre celles de la spécialité, les diplômes d'études spécialisées, puis la qualification du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine légale et expertises médicales, et enfin, après avoir réussi le concours national de praticien hospitalier en médecine légale, on peut s'imaginer que le praticien hospitalier devenu expérimenté et reconnu par ses pairs, accède naturellement au monde des experts judiciaires. Il n'en est rien. Les exigences de la Justice envers les experts auprès des cours d'appel ne se limitent pas à entériner les qualifications reconnues par le ministère de la Santé, sans les juger ni en débattre. Le médecin légiste, même très officiellement qualifié, devra prouver de sa qualité professionnelle aux magistrats qui le sollicitent, et ce, pendant plusieurs années, avant d'être choisi pour figurer sur une liste d'experts judiciaires. Ce n'est pas une mince affaire...

GARE À CELUI QUI SE SURESTIME !

Il serait bien impossible de faire fonctionner les activités de médecine légale 24 heures sur 24 avec ce que l'on peut sans doute appeler une élite, issue d'une exigence ancienne encore en vigueur aujourd'hui. Pour la bonne marche des services, les médecins de tous horizons peuvent obtenir le titre de capacitaine en pratiques médico-judiciaires après deux années de cours et quelques trop rares stages. Encadrés par des médecins légistes qualifiés, ils seront appelés à réaliser des actes médico-légaux, moins complexes que l'autopsie ou la toxicologie médico-légale, mais

qui répondront aux besoins pour les constats des violences ordinaires, si nombreuses dans notre discipline !

Ainsi, chacun peut trouver son rôle et sa place, dans le vaste champ d'activité médico-légal, à la mesure de ses compétences et de sa formation. Mais gare à celui qui se surestime, car le médecin légiste agit toujours comme auxiliaire de justice, sous le regard critique des OPJ et des magistrats qui le sollicitent et des juges qui l'entendent déposer lors des procès !

Je ne sais pas comment évolueront les effectifs dans l'avenir, mais je suis convaincu que les propos du professeur Paul Brouardel, très célèbre légiste à l'orée du xx^e siècle, continueront à représenter une ligne de conduite nécessaire pour le médecin légiste du futur : *« instruit par l'expérience, connaissant les limites de son action, dégagé de la crainte des circonstances extérieures, du jugement que l'on portera sur lui, le médecin légiste, expert,*

éprouvera dans toute sa plénitude la peur de sa conscience propre et la gravité de sa responsabilité. »

POSTFACE

Récit autobiographique, certes, mais surtout vibrant plaider pour la pratique d'une profession médicale dont on peut redouter la déshérence face aux écueils économiques et financiers : la Justice est pauvre, et l'hôpital plus attaché aux vivants — les victimes ne le sont-elles pas le plus souvent ? — qu'aux morts ?

D'ailleurs, la profession d'expert judiciaire n'existe pas, il ne s'agit pas que de la reconnaissance d'une compétence et d'une expérience au sein d'une

pratique médicale « classique ».

Pourtant, la lecture de cet ouvrage démontre à l'envi l'importance de la médecine légale — et judiciaire — parmi les « stabilisateurs » d'une Société, et notamment à travers les âges depuis la plus haute Antiquité. Les exemples présentés illustrent parfaitement les problématiques rencontrées face à la violence, à la maltraitance, à la mort donnée... Le médecin légiste y concourt puissamment, même si c'est dans la discrétion, l'effacement et la retenue; il ne peut guère s'exprimer hors de l'enceinte des cours d'assises, conservant jalousement le secret, dans un temps de grande médiatisation du fait divers...

En outre, le récit est alerte, avec des mots justes, sans complaisance ni voyeurisme. On est intéressé de la première à la dernière ligne. De la belle ouvrage. Il contribuera sans aucun doute à renforcer les vocations parmi les plus jeunes médecins. Encore faudrait-il qu'ils aient acquis au préalable une connaissance et une expérience médicales généralistes, avant d'embrasser la profession de médecin légiste.

Le Dr Bernard Marc démontre formellement que la médecine légale ne peut pas être une compétence ou une discipline accessoires d'une autre activité, mais bien, après une longue formation — comme chez les Anglo-Saxons — une profession médicale à part entière, en sus et non à part des autres spécialités.

Le médecin légiste est un vrai professionnel, et non un amateur, si éclairé soit-il !

Dr Walter Vorhauer
*Secrétaire général du conseil national
de l'Ordre des médecins*

LEXIQUE MÉDICO- JUDICIAIRE

ABRASION

Blessure superficielle qui arrache l'épiderme.

Usure par frottement cutané sur une surface dure ou râpeuse (chute sur un sol goudronné ou traînage au sol...). Le terme exact est « dermabrasion » en ce qui concerne les abrasions cutanées, les

abrasions du derme. Elles peuvent concerner toute surface et tout matériau, comme une surface métallique (l'abrasion d'une aile de véhicule contre un rebord, par exemple).

ACCÉLÉRATEUR

Carburant, matériau ou substance utilisés pour augmenter la puissance d'un incendie déclenché (essence aspergée sur un corps, bouteille de gaz dans un foyer d'incendie, papiers répandus pour faciliter un incendie).

ACCIDENT CORPOREL

Action soudaine d'une cause extérieure involontaire qui provoque une lésion de l'organisme.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Au sens de la loi Badinter, loi de 1985 sur l'indemnisation des victimes d'accidents de la voie publique, accident impliquant un ou plusieurs véhicules terrestres à moteur, de la motocyclette au poids lourd.

ACCIDENT DU TRAVAIL

Accident, quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. Les accidents de travail mortels entraînent un obstacle médico-légal et l'intervention du médecin légiste sur la scène de décès.

ACCUSATION (PARQUET)

Branche de l'institution judiciaire chargée de conduire les procédures contre un accusé. Le procureur est responsable du début de l'instruction et

de la poursuite des personnes ayant une responsabilité dans les violations du droit pénal. Le procureur agit indépendamment et ne dépend hiérarchiquement que du procureur général et du garde des Sceaux.

ACCUSÉ

Individu accusé d'avoir commis un crime ou un délit, également désigné sous le terme de « prévenu » devant une juridiction pénale, en raison du principe de l'innocence présumée jusqu'à la décision judiciaire. Terme le désignant lors du procès pénal, avant même la

décision statuant sur sa culpabilité :
« Accusé, levez-vous ! ».

ACIDE DÉSOXYRIBONUCLÉIQUE (ADN)

Longue molécule à la forme caractéristique de double hélice, comportant les quatre acides aminés essentiels présents dans le noyau des cellules, qui porte l'information génétique. L'ADN est composé de séquences de nucléotides ou polynucléotides. Chaque nucléotide comprend une base azotée différente : l'adénine (A), la thymine (T), la cytosine

(C) et la guanine (G). Dans l'ADN, les nucléotides sont reliés entre eux selon une certaine séquence grâce à des liaisons impliquant un groupe phosphate. Pour fabriquer un brin d'ADN, il suffit donc d'enchaîner des nucléotides en les reliant par ce type de liaisons.

L'ADN est composé de deux brins se faisant face, et formant une double hélice dont la description complète chez l'homme a été réalisée au début du XX^e siècle (le code génétique). Cela est possible car les nucléotides trouvés dans un brin possèdent des nucléotides **complémentaires** avec lesquels ils sont liés par des liaisons hydrogènes. En face

d'une adénine, on trouve toujours une thymine ; en face d'une cytosine, on trouve toujours une guanine. On a donc les interactions possibles suivantes : A-T et T-A, d'une part, G-C et C-G, d'autre part.

Le code génétique est un système de correspondance entre les séquences de nucléotides de l'ADN et les séquences en acides aminés des protéines codées par ces nucléotides.

ACQUITTEMENT

Décision prise à la fin d'un procès pénal de déclarer l'accusé (ou le prévenu) non

coupable du crime pour lequel il a été jugé.

ACTE D'ACCUSATION

Document accusant formellement une ou plusieurs personnes d'avoir commis un crime ou une série de crimes. Il est généralement lu à l'accusé lors de sa comparution initiale ou au début de son procès avant de lui demander s'il plaide coupable ou non coupable.

ACTE DE DÉCÈS

L'acte de décès est dressé par l'officier

de l'état civil de la commune où le décès a eu lieu, sur la déclaration d'un parent du défunt ou sur celle d'une personne possédant, sur son état civil, les renseignements les plus exacts et les plus complets. Les actes de décès remis dans un premier temps aux proches leur permettent d'entreprendre toutes les démarches auprès des administrations concernées par le décès (caisses de retraite, Sécurité sociale, services financiers...).

ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

Se lever, faire sa toilette, s'habiller et se

déshabiller, procéder à ses besoins naturels, se déplacer à l'intérieur du domicile, pouvoir le quitter en cas de danger, se relever après une chute au sol, mettre son appareil orthopédique, préparer ses repas, manger, boire, se coucher. L'impossibilité de réaliser ces actes de la vie courante sert à évaluer l'ITT au sens pénal (Incapacité totale de travail au sens personnel). La possibilité d'accomplir ou non ces actes sert à l'évaluation des différentes séquelles du dommage corporel. Celles-ci sont très détaillées (conséquences fonctionnelles, d'agrément, sexuelles, sur la reproduction, etc.) dans la mission civile

actuellement en vigueur dite « mission Dintilhac », du nom du magistrat qui l'a conçue et utilisée d'abord dans le ressort de la cour d'appel de Paris.

ACTUS REUS

Élément matériel d'un crime, qui doit être prouvé pour établir la culpabilité de l'accusé. *L'actus reus* est relatif à l'acte (par exemple, celui d'appuyer sur la gâchette et de tuer quelqu'un) tandis que le *mens rea* qualifie l'élément moral ou l'intention criminelle de l'accusé (dans le cas d'un meurtre, l'intention de tuer la victime qui n'existe pas chez un accusé ayant tué une

personne en situation d'autodéfense). Cette terminologie est plus anglo-saxonne que française, même si les principes sont identiques en droit pénal.

ADN MITOCHONDRIAL (ADN mt)

Forme particulière d'acide désoxyribonucléique contenu dans les mitochondries et non dans les noyaux cellulaires. L'ADN mt résiste plus longtemps que l'ADN ordinaire et peut se retrouver dans les tissus les plus divers (fragment osseux, cheveu sans son bulbe, dent), ce qui en fait un outil intéressant dans l'identification de restes

humains, par exemple. Contenant moins d'informations, cet ADN mitochondrial provient uniquement de la mère et constitue au total un outil moins performant que l'ADN cellulaire nucléaire.

AGRESSION

Action soudaine d'une cause humaine qui provoque volontairement une lésion de l'organisme ou du psychisme.

AJOURNEMENT

Report ou suspension d'une audience

pénale ou civile, ou d'un procès à une date ultérieure.

ALLÉGATION

Toute affirmation d'un fait lors d'une plaidoirie devant une cour. Il revient d'habitude à la partie qui allègue de ces faits d'en apporter la preuve au procès, par exemple, lors d'un procès pénal à l'accusation (le ministère public, représenté par l'avocat général), d'appuyer par des preuves son assertion que le prévenu a commis le crime présumé.

ÂME RAYÉE (CANON À)

Système de rainures en spirale à l'intérieur du canon d'une arme à feu tirant des projectiles de type balle pour leur donner une plus grande précision. Ce type de canon existe dans les armes de poing modernes, les armes militaires (fusils d'assaut), et les carabines. Les rayures occasionnées lors du tir corrént une arme et une munition tirée. Les fusils de chasse tirant des cartouches à plombs sont des armes à canon lisse. Ces fusils peuvent avoir deux canons superposés, l'un lisse, l'autre à âme rayée.

AMNISTIE

Une amnistie est une promesse d'immunité par rapport à la loi normalement applicable, donnée par un État à une certaine catégorie de personnes pour un certain type de crimes. D'habitude, les amnisties sont accordées de façon exceptionnelle en réponse à un événement ou à une période extraordinaire dans la vie de la nation. Dans certains cas, des amnisties sont attribuées à des individus qui devraient sinon rendre compte devant la justice de crimes qu'ils ont commis ; dans d'autres cas, des amnisties sont

attribuées à des individus déjà poursuivis, pour leur permettre de sortir de prison avant la fin de leur peine.

ANALYSE MICROCHIMIQUE

Technique analytique employée sur des échantillons microscopiques, utilisant les méthodes de la chimie analytique. On parle d'analyse microchimique pour des analyses d'échantillons inertes (matériau, substance, liquide...) de nature non organique.

ANTICORPS

Protéine produite par le système immunitaire de l'organisme en réaction à un antigène (substance ou organisme vivant, étranger à l'organisme).

ANTIGÈNE

Substance étrangère à l'organisme et potentiellement néfaste, comme un virus, une toxine ou une bactérie. Toute administration de substances par voie orale, intraveineuse ou intramusculaire peut être détectée par des réactions immuno-enzymatiques de type antigène-anticorps dans différents fluides biologiques (urine, sang, salive...). Cette

réaction est à la base des tests de dépistage.

APPEL

Recours par lequel une décision de justice est portée devant une juridiction supérieure afin d'être rejugée. Depuis quelques années en France, un appel existe pour les procès criminels devant une cour d'assises. L'appel d'assises a lieu alors devant une autre cour d'assises (ex : jugement d'assises au TGI de Bobigny, appel de ce jugement d'assises au TGI d'Évry).

ARRÊT

Voie de recours par laquelle une partie à l'instance porte l'affaire devant la juridiction supérieure.

ASPHYXIE MÉCANIQUE

Pour l'asphyxie mécanique, quatre grandes causes sont habituellement rencontrées : *la suffocation* (un mécanisme externe, compression par un poids, clé au cou...) qui comprime les voies respiratoires et empêche les échanges gazeux de la respiration ; *la pendaison* (mécanisme de striction et compression

du cou, oblique, majoritairement suicidaire) ; *la strangulation* (striction par lien avec action exercée de façon quasi horizontale) ; *la submersion* (asphyxie en raison de l'impossibilité d'échanges gazeux et d'oxygénation, la submersion est classiquement observée dans l'eau, elle se voit également dans tout autre liquide, dans le sable, dans un silo de grains, etc.). Dans les quatre cas, l'asphyxie mécanique se traduit par la suspension des phénomènes respiratoires. C'est l'arrêt de l'absorption d'oxygène et de l'exhalation de gaz carbonique.

ASSIGNATION

Acte de procédure adressé par le demandeur au défendeur par l'intermédiaire d'un huissier de justice pour l'inviter à comparaître devant le juge de l'ordre judiciaire.

ASSIGNATION À COMPARAÎTRE

Ordre de la cour demandant à un individu de se présenter pour apporter des éléments de preuve à un tribunal. Les experts sont assignés à comparaître par un acte d'huissier.

AUTOPSIE MÉDICO-LÉGALE

Examen pratiqué avec dissection sur un cadavre par un médecin légiste, à la requête de l'autorité judiciaire, dans le but de préciser les lésions ou les causes responsables de la mort, dans le cas d'un décès constituant un obstacle médico-légal (homicide, suicide, mort violente, accident mortel de la voie publique, accident mortel du travail, etc.).

L'autopsie médico-légale qui est effectuée, dans le cadre de la procédure judiciaire pénale, pour établir les causes ou les circonstances des décès suspects, ne peut être empêchée pour des motifs

religieux, éthiques ou personnels, par les proches du défunt.

AUTOPSIE SCIENTIFIQUE (ou NÉCROPSIE)

Examen avec dissection pratiqué sur le corps d'une personne décédée dans le but de préciser les lésions responsables des symptômes observés, d'établir les causes immédiates de la mort ou de juger des effets des traitements appliqués. La pratique d'une autopsie scientifique nécessite une demande d'autorisation, la consultation du registre national des refus et des proches pour vérifier qu'il

n'existe aucune opposition (religieuse, personnelle...) en respect de la loi de mars 2002, mais aussi la vérification de l'absence d'obstacle médico-légal et de contre-indications (décès par une maladie infectieuse à déclaration obligatoire).

AUTORITÉ DE LA CHOSE JUGÉE

Autorité attachée à la décision de justice, devenue définitive, empêchant que la même affaire soit de nouveau portée devant le juge.

AVOCAT

Personne légalement autorisée à agir en justice pour une autre personne, en tant qu'auxiliaire de justice. Peut déposer des plaintes, donner des conseils juridiques et représenter des parties devant un tribunal pénal ou civil.

AVOCAT DE LA DÉFENSE

Avocat inscrit au barreau d'un tribunal de grande instance, ayant la qualification légale d'auxiliaire de justice, comme l'expert judiciaire inscrit près une cour d'appel, qui conseille un accusé, dès le temps de la garde à vue et le représente

devant le tribunal afin de garantir qu'il soit jugé de façon équitable.

BALISTIQUE

Étude des trajectoires de projectiles en mouvement. Par extension, étude des armes à feu.

BALISTIQUE TERMINALE

Étude des effets des projectiles à l'impact sur le corps humain. La balistique terminale est une des parties de la médecine légale. L'apport de l'imagerie tridimensionnelle scanner 3 D

(virtopsie) à la balistique terminale est un des progrès de la médecine légale en ce début de xxi^e siècle.

BIÈRE

Civière servant au transport des défunts, à la période médiévale. Elle était fréquemment abandonnée avec le corps dans la sépulture et surmontée d'un assemblage de planches protégeant le corps. De nos jours, la mise en bière est l'action de mettre le corps du défunt dans le cercueil.

CAUSALITÉ

Lien de cause à effet entre la faute d'une personne ou le rôle d'une chose (faits dommageables) et le préjudice subi par un tiers. Si le lien de causalité médico-légale est établi, le dommage corporel constaté pourra être indemnisé.

CAUSE DE LA MORT

Action qui a provoqué la mort, par exemple, un coup à la tête, par opposition à la cause médicale, dans ce cas, l'hémorragie cérébrale.

CENTRE DE DÉTENTION

Lieu où sont détenus les individus accusés devant des tribunaux pénaux avant et pendant la durée de leur procès.

CERCUEIL

Enveloppe de bois dans lequel est placé le défunt. En France, le cercueil est obligatoire pour une inhumation comme pour une crémation. Il doit comporter quatre poignées et une garniture étanche. Il peut être doublé d'une enveloppe métallique en cas de décès pour certaines causes infectieuses, ou si un transport aérien ou vers l'étranger est prévu.

CERTIFICAT DE DÉCÈS

Document établi par le médecin qui constate le décès. Il mentionne notamment le lieu, la date et l'heure du décès ainsi que les prénoms, nom, sexe, date de naissance et domicile du défunt. Il donne des indications sur d'éventuelles contraintes dans l'organisation des obsèques (obstacle médico-légal tout d'abord, possibilité de soins de conservation, possibilité d'un transfert avant mise en bière). Il permet l'établissement par la mairie des actes de décès qui seront remis à la famille. Le

certificat de décès n'est pas à destination de la famille mais de l'état civil.

CIRCULATION POSTHUME

Réseau verdâtre très visible sous la peau qui apparaît à un stade assez avancé de la putréfaction, en général quatre-vingt-seize heures après le décès, en conditions tempérées, à 20 °C. Sous l'influence des gaz putrides, la circulation bactérienne diffuse la putréfaction à contre-courant, à partir du point de départ abdominal, envahissant notamment le système lymphatique. Le premier signe de putréfaction visible vers

la quarante-huitième heure est la « *tache verte abdominale* » qui apparaît sur l'abdomen dans la fosse iliaque droite. La putréfaction due aux pullulations microbiennes débute au niveau du cæcum, puis se diffuse à l'ensemble de l'abdomen, puis au thorax, avec un gonflement du corps.

CHAMBRES

Terme judiciaire désignant la structure rassemblant les juges pour un procès ou d'autres audiences. Une chambre est composée de plusieurs juges, généralement trois. Une cour d'appel

dispose de plusieurs chambres de première instance et d'une chambre d'appel. Dans certains systèmes judiciaires nationaux, elles peuvent également désigner des salles d'audiences fermées au public dans lesquelles les juges conduisent un certain type de procédures à huis clos (procédures des mineurs, par exemple).

CHAMBRE D'APPEL

Cour de ressort supérieur ayant juridiction pour entendre les appels formés contre le jugement, la sentence et les décisions prises au cours de la

procédure par la chambre de jugement civile ou pénale. Elle a autorité pour révoquer les décisions, prononcer un acquittement ou ordonner un nouveau procès.

CHAMBRE FUNÉRAIRE (OU FUNÉRARIUM)

Les chambres funéraires ont pour objet de recevoir, avant l'inhumation ou la crémation, le corps des personnes décédées. Il s'agit de lieux adaptés à la conservation des corps et à leur présentation aux familles. Le transfert d'un domicile ou d'un milieu hospitalier

vers une chambre funéraire doit se faire dans les vingt-quatre heures suivant le décès. Ce délai est porté à quarante-huit heures si des soins de conservation sont pratiqués. Ces chambres comportent deux parties distinctes : l'une accessible aux professionnels, partie dans laquelle des examens de corps à visée médico-légale peuvent être effectués, l'autre destinée aux familles et au public. Une chambre funéraire est le plus souvent gérée par une entreprise privée.

CHAMBRE MORTUAIRE

Désigne le lieu, au sein d'un

établissement hospitalier public, où sont accueillis les corps des défunts décédés dans l'établissement de soins (et les corps des décès avec obstacle médico-légal si le centre hospitalier dispose d'une unité médico-légale pratiquant les autopsies) jusqu'au moment des obsèques. Elle ne peut pas recevoir les personnes décédées hors des établissements ayant une convention avec l'établissement hospitalier où elle se situe. D'autres termes sont également utilisés communément pour désigner la chambre mortuaire : funérarium, morgue, amphithéâtre des morts...

CHARGES (MISE EN ACCUSATION)

Exposé formel des motifs d'accusation, fait en général par le procureur ou ses substituts, se basant sur l'enquête et les interrogatoires de police ou de gendarmerie.

CHOSE JUGÉE (AUTORITÉ DE LA)

L'autorité de la chose jugée empêche les parties de recommencer un procès portant sur un différend déjà jugé ; elle s'attache aux jugements, mais aussi aux

transactions entre parties et aux sentences arbitrales.

CHROMATOGRAPHIE

Groupe de méthodes de chimie analytique qui différencie les substances d'un mélange grâce à leur vitesse de déplacement dans un milieu fixe.

CHROMATOGRAPHIE EN PHASE GAZEUSE

Méthode d'identification des substances ou des métabolites par chromatographie dans laquelle la substance à analyser est

propulsée dans une colonne chauffée et polarisée pour séparer ses différents composants moléculaires par un gaz inerte. L'identification des substances telles que l'alcool, les stupéfiants, les psychotropes, etc., se fait par cette méthode (CG) soit sur le produit en lui-même, soit sur un fluide biologique pouvant contenir ses métabolites. Le graphique de sortie est une série de pics, sur des longueurs d'onde spécifiques, déterminant exactement le composant.

CHROMATOGRAPHIE GAZEUSE ET SPECTRO-MÉTRIE DE MASSE

Méthode d'analyse hybride donnant des résultats plus spécifiques que l'emploi séparé des deux techniques (CG/SM). La chromatographie sépare et identifie les composants d'un produit ou de ses métabolites ; la spectrométrie de masse détermine les quantités des pics des différents composants par un calcul d'aire sous la courbe. Les résultats sont, par exemple : éthanolémie 1,80 g/L. Pour des quantités beaucoup plus réduites, notamment pour des dosages hormonaux, la technique utilisée est une chromatographie gazeuse avec spectromètre de masse en tandem (CG/SM-SM).

CHROMATOGRAPHIE LIQUIDE À HAUTE PERFORMANCE

Méthode d'identification des substances ou des métabolites par chromatographie dans laquelle un milieu solide est employé pour ralentir et séparer les composants d'un liquide (généralement organique).

CHROMATOGRAPHIE SUR COUCHE MINCE

Méthode d'identification des substances ou des métabolites de ces substances par

chromatographie dans laquelle un liquide coulant sur une plaque gélifiée sert à séparer les composants à analyser.

CITATION DIRECTE

Procédure simple qui permet à la victime ou au ministère public de saisir directement le tribunal en informant le prévenu des coordonnées de l'audience. Il est alors possible de faire juger une contravention par le tribunal de police ou un délit par le tribunal correctionnel, sans avoir à demander au procureur de la République de faire une enquête, ou de saisir un juge d'instruction.

CLASSEMENT SANS SUITE

En cas d'infraction, le ministère public (parquet) peut décider de ne pas exercer l'action publique, c'est-à-dire de ne pas déclencher de poursuites pénales contre l'auteur. La décision qui doit être motivée peut être prise pour motif juridique ou selon les éléments de l'enquête : auteur non identifié, absence ou insuffisance de preuve, retrait de plainte... Le ministère public peut revenir sur cette décision jusqu'à l'expiration du délai de prescription de l'action publique.

COMPARUTION IMMÉDIATE

Procédure par laquelle un prévenu est traduit aussitôt après l'infraction devant le tribunal correctionnel pour être jugé le jour même ou dans un délai très court après l'infraction, immédiatement après la fin de la période de garde à vue. Cette procédure n'est prévue par la loi que si l'auteur (identifié) est majeur, et si on lui reproche un délit puni de un à sept ans d'emprisonnement (flagrant délit), ou de deux à sept ans (après enquête préliminaire).

COMPARUTION INITIALE

Première présentation au tribunal d'un prévenu à qui les charges portées contre lui sont lues. Il est informé de ses droits et le tribunal décide de le libérer ou de le détenir provisoirement (ou, le cas échéant, décide du montant de sa caution). En France, la comparution initiale se déroule normalement devant un magistrat du parquet, immédiatement à la fin d'un délai de garde à vue simple ou lors de celle-ci, si la garde à vue doit être prolongée (affaires de stupéfiants...).

CONDAMNÉ

Désigne une personne purgeant une peine de prison après une condamnation. Ce terme ne peut être utilisé avant le jugement (présomption d'innocence). La personne est alors « présumée coupable ».

CONDAMNER

Déclarer un individu coupable devant une juridiction.

CONSEIL DE PERMANENCE

Avocat dont le nom figure sur une liste de permanence, à qui la cour peut assigner sans délai une affaire.

CONSOLIDATION

Moment où l'état post-traumatique, après un accident ou des violences, se stabilise et prend un caractère permanent, ne nécessitant plus de traitement, si ce n'est pour prévenir une aggravation. Moment où les séquelles et les différents postes de préjudice vont être déterminés par une expertise civile ou pénale définitive. La consolidation entraîne la suspension des versements d'indemnités journalières

et constitue le point de départ du versement de la rente en matière d'accidents du travail.

CONTRADICTOIRE

Principe voulant que dans le cours d'une procédure civile (y compris à l'occasion d'une expertise médicale), chacune des parties dispose de la possibilité de discuter l'énoncé des faits et les moyens juridiques que la partie adverse lui a opposés. Ce principe contradictoire n'existe pas en procédure pénale où le médecin expert, commis par le juge d'instruction ou le procureur, ne doit

remettre ses conclusions qu'à l'autorité judiciaire qui l'a missionné ou requis.

CONTRAVENTION

Infraction pénale la moins grave, relevant du tribunal d'instance, punie d'une amende de trente-huit à mille cinq-cents euros, jusqu'à trois mille euros, en cas de récidive, et de certaines peines complémentaires (ex : suspension du permis de conduire). Les contraventions sont réparties en cinq classes, selon leur gravité et les peines qui leur sont applicables. Exemples : conduite sans permis, tapage nocturne, diffamation ou

injure non publique...

CONTUSION

Trace de coup ou de traumatisme. La contusion est occasionnée par le choc infligé par un objet contondant (par exemple, coup de bâton) ou par le choc d'un corps sur une surface dure (par exemple, chute sur un rebord de meuble). Dans les deux cas, l'importance de la contusion dépend de l'énergie cinétique, variant selon la vitesse et le poids.

COURS D'APPEL

Juridictions du second degré qui connaissent, par la voie de l'appel, des demandes tendant à la réformation partielle ou à l'infirmité des jugements rendus par les juridictions du premier degré (tribunaux de grande instance, tribunaux d'instance, tribunaux de commerce, conseils de Prud'hommes, tribunaux des affaires de Sécurité sociale, etc.). La cour d'appel est présidée par le Premier président et, de son côté, le ministère public est dirigé par le procureur général. Les cours d'appel ne rendent pas des « jugements », mais « des arrêts ». Leurs décisions, mais

seulement en ce qu'elles ne seraient pas conformes au droit, sont susceptibles de pourvoi devant la Cour de cassation.

COUR D'ASSISES

Juridiction non permanente qui siège par sessions, environ tous les trois mois, dans les locaux du tribunal de grande instance de chaque département et qui est chargée de statuer en matière pénale pour les infractions de nature criminelle, en première instance ou en appel. Elle est composée de trois magistrats professionnels (le président et deux assesseurs), de neuf jurés en première

instance, de douze jurés en appel, de l'avocat général et d'un greffier. Les jurés sont tirés au sort à partir des listes électorales. Toutefois, pour les actes terroristes et les infractions les plus graves relatives au trafic organisé des stupéfiants, la cour ne comprend pas de jury populaire, mais seulement des juges professionnels, un président entouré de six assesseurs. La cour d'assises juge les infractions les plus graves : les crimes (par exemple : meurtre, viol, terrorisme, crimes contre l'humanité), ainsi que les délits et contraventions commis à l'occasion d'un crime. Elle examine également les appels contre les décisions

rendues par une première cour d'assises. Elle peut prononcer des peines de réclusion ou de détention criminelle à perpétuité ou à temps (au moins dix ans), des peines d'amendes et des peines complémentaires (interdiction d'exercer une activité, par exemple).

COUR D'ASSISES DES MINEURS

Ne juge que les mineurs âgés de plus de seize ans au moment des faits et accusés d'avoir commis un crime. Si, au moment des faits, le mineur avait moins de seize ans, c'est le tribunal pour enfants qui est compétent. Si les faits ont plusieurs

auteurs, ils sont jugés chacun devant la juridiction adéquate (viol en réunion, « la tournante », avec auteurs mineurs ou majeurs). La cour d'assises des mineurs comprend un président et deux assesseurs (choisis parmi les juges des enfants du ressort) et un jury populaire (neuf jurés en premier ressort et douze en appel), La fonction du ministère public est remplie par un magistrat chargé des affaires des mineurs. La procédure est identique à celle pratiquée devant la cour d'assises de droit commun, sauf sur certains points. Lors des délibérations, le président de la cour doit poser deux questions aux

jurés : « Y a-t-il lieu de prononcer une condamnation pénale ? » et « Y a-t-il lieu d'exclure l'accusé de la diminution de peine ? »

Les débats ont lieu sous le régime de la publicité restreinte, sauf demande expresse de la partie civile. Ne sont donc admises dans la salle d'audience que les personnes directement concernées et les experts qui n'entrent qu'au moment de leur déposition et peuvent ensuite rester présents dans la salle d'audience. Le président peut demander au mineur de se retirer pendant les débats. La décision est rendue en audience publique. Le compte rendu des débats dans la presse

est interdit. La publication du jugement ne doit pas indiquer l'identité du mineur. Si la culpabilité du mineur est reconnue, la cour d'assises doit se prononcer sur le choix entre une mesure éducative (placer le mineur dans un établissement éducatif, le remettre à ses parents ou une personne digne de confiance), ou si elle l'estime nécessaire, une peine (en tenant compte des circonstances de l'infraction et de la personnalité du mineur). La cour d'assises des mineurs peut donc prendre des mesures éducatives, décider à titre principal ou complémentaire de mettre le mineur en liberté surveillée (au maximum jusqu'à sa majorité), ou sous protection

judiciaire pour cinq ans maximum, ou prononcer une peine de réclusion criminelle ou d'emprisonnement avec ou sans sursis. Toutefois, en raison du principe de la diminution de peine, les mineurs ne peuvent être condamnés à plus de la moitié de la peine encourue par un majeur pour les mêmes faits, sauf décision spéciale et motivée.

CRÉMATION

Processus par lequel le corps d'un défunt est réduit en cendres. La crémation a lieu dans un crématorium. Elle peut ou non être précédée d'une cérémonie. Au terme

de la crémation, dont la durée est d'environ deux heures, les cendres sont rassemblées dans une urne. Au sens médico-légal, la crémation est la destruction d'un corps, soit par un effet accidentel (incendie), soit par un effet volontaire (crémation pour faire disparaître un corps).

CRÉMATORIUM

Lieu où sont pratiquées les crémations des corps humains.

CRIMES

Infraction pénale la plus grave, jugée par la cour d'assises, passible d'emprisonnement jusqu'à une peine de réclusion criminelle maximale de perpétuité à laquelle peuvent s'ajouter d'autres peines (amende, peines complémentaires). Exemples de crimes : homicide volontaire, violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner, vol aggravé de violences mutilantes... Les peines d'emprisonnement prévues pour un crime sont la réclusion criminelle (crimes de droit commun) ou la détention criminelle (crimes politiques), pouvant aller jusqu'à la perpétuité. Pour les

personnes morales (sociétés, associations...), le crime peut être sanctionné par une amende.

DÉCLARATION PRÉLIMINAIRE

Exposé fait par chacune des parties au début d'un procès. Donne un aperçu des arguments juridiques et présente les preuves qui seront produites plus tard durant le procès.

DÉDOMMAGEMENT

Indemnité accordée en compensation d'un dommage (droit civil) ; synonyme

de réparation ou indemnisation.

L'indemnisation est calculée en partie en fonction des différents pourcentages de préjudice déterminés par l'expertise médicale en dommage corporel.

DÉFENDEUR

La partie attaquée, lors d'une procédure civile. L'auteur d'une infraction pénale jugé coupable est responsable civilement de ses actes et devient « défendeur ».

DÉLAI LÉGAL D'INHUMATION

Un corps doit être inhumé ou incinéré

dans les six jours suivant le décès, ou la découverte du décès, ou encore l'entrée sur le territoire français. Ne sont pas compris dans ce délai ni les dimanches ni les jours fériés.

DÉLAI POST-MORTEM

Temps écoulé depuis le décès.

L'évaluation du délai post-mortem repose sur une série d'éléments : température du corps et température extérieure, apparition de la rigidité cadavérique, des phénomènes post-mortem (circulation posthume, transformation des tissus graisseux, etc.),

nature et nombre des espèces d'insectes présentes sur le corps en milieu naturel, etc. La détermination de ce délai post-mortem est un des éléments les plus délicats et difficiles en médecine légale.

DÉLIT

Infraction concernant les atteintes aux personnes, aux biens ou aux institutions (violences aggravées, agressions sexuelles, homicides involontaires, escroqueries, incendies volontaires, outrages à personnes dépositaires de l'autorité publique ou chargées d'une mission de service public...). Jugés par le

tribunal correctionnel, les délits peuvent faire l'objet d'une peine d'amende ou de travail d'intérêt général, mais sont, pour la plupart, passibles d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à dix ans d'incarcération dans les cas les plus graves.

DEMANDEUR

La victime qui demande réparation de son préjudice dans une procédure civile. La victime d'une infraction pénale, lorsque l'auteur a été condamné pénalement, si elle s'est portée partie civile, peut devenir « demandeur » pour

faire indemniser ses préjudices par l'auteur ou, s'il est insolvable, par la CIVI (Commission d'indemnisation des victimes d'infraction).

DÉPENS

Part de frais engendrés par le procès et comprenant les droits de plaidoirie, les frais de procédure dus aux avocats et aux officiers ministériels, les expertises. Ces frais peuvent être remboursés au gagnant du procès ou partagés par décision du tribunal.

DÉPOSITION MÉTALLIQUE SOUS VIDE

Méthode de révélation en laboratoire des empreintes digitales latentes, sur un objet de taille réduite, qui peut être vaporisé grâce à des vapeurs métalliques dans une enceinte sous vide (couteau, outil, arme à feu...).

DÉTENTION PROVISOIRE

Mesure d'incarcération décidée au cours de l'information judiciaire ou de la comparution immédiate en attendant une décision sur le fond du dossier. Cette mesure doit être exceptionnelle et

décidée après un débat contradictoire.
Elle peut être levée au cours de la
procédure.

DFO

Abréviation de 1.8-diaza-9-fluorenone,
révélateur chimique des empreintes
latentes qui les fait briller sous l'action
d'un laser ou de lumière de couleur bleu
vert.

DIRE (OU DIRES)

Déclaration écrite d'un avocat ou d'un
médecin-conseil d'une des parties, par

l'intermédiaire de l'avocat, dont le médecin expert désigné par le tribunal devra tenir compte dans le cadre de la rédaction de son rapport. Document adressé contradictoirement à l'ensemble de parties au litige.

DIVULGATION

Communication des éléments de preuve à la partie adverse ou à la chambre, avant ou pendant un procès. Avant le procès, le procureur doit généralement divulguer ou rendre accessible à la défense, les déclarations des témoins qu'il compte citer, ainsi que les autres documents

pouvant constituer des preuves « matérielles », comme les photographies ou les rapports médico-légaux.

DOMMAGE (voir Préjudice)

Domage occasionné à une victime (Incapacité Permanente Partielle, souffrances endurées, préjudice esthétique, préjudice d'agrément, etc.). Il est évalué par l'expertise médicale dans un cadre pénal ou civil.

DROIT DE LA DÉFENSE

Concept en vertu duquel les personnes

assujetties à des poursuites judiciaires, et notamment celles accusées de crimes, doivent voir leurs droits respectés à tout moment, de l'arrestation au jugement en passant par le procès, et doivent jouir pleinement des bénéfices conférés par ces droits. Par exemple, les droits de la défense sont violés lorsqu'un accusé se voit refuser l'accès à un avocat.

DROIT JURISPRUDENTIEL

Socle juridique constitué par les précédentes décisions judiciaires. Une décision judiciaire crée un précédent lorsqu'elle est susceptible d'être utilisée

ultérieurement comme référence dans des affaires similaires.

DROIT PÉNAL

Ensemble des lois et des statuts qui définissent les comportements prohibés parce qu'ils menacent ou portent atteinte à l'intégrité des personnes, et qui déterminent les sanctions encourues par ceux qui les enfreignent.

ÉCLAIRAGE MÉDICO-LÉGAL

Source de lumière intense à la coloration spécifique (y compris infrarouge ou

ultraviolets), servant à faire apparaître certains indices : taches de liquide biologique (sperme ou sang) sur un tissu ou une surface (plancher, mur...), le produit biologique étant alors repérable par sa fluorescence.

ÉLECTROPHORÈSE

Méthode analytique qui utilise une charge électrique pour déplacer des substances, telles que des protéines, dans un milieu statique, permettant de les classer par taille.

ÉLECTROPHORÈSE CAPILLAIRE

Technique dans laquelle le récipient est un tube fin.

EMBAUMEMENT

Action de procéder, dans les temps anciens, à la conservation d'un corps grâce à son éviscération. De nos jours, terme impropre utilisé pour désigner les soins de conservation, ou soins de présentation.

EMPREINTE DIGITALE LATENTE

Empreinte invisible laissée par le dessin du bout des doigts.

EMPREINTE VOCALE

Représentation graphique du son de la voix, selon les fréquences vocales et la cadence phonatoire.

EUTHANASIE

Le terme est issu du grec signifiant « une bonne mort ». À l'origine, l'euthanasie désigne les moyens et les recours permettant de soulager et d'améliorer les conditions de fin de vie. Dans une

acception plus contemporaine et plus restreinte, il signifie l'action de donner délibérément la mort à un malade, commise par un soignant ou un proche, afin de soulager des souffrances jugées insupportables.

EUTHANASIE ACTIVE

Action volontaire de mettre fin à la vie du patient en injectant un produit létal, par exemple. Au plan pénal, c'est un assassinat (homicide avec préméditation) ou un empoisonnement.

EUTHANASIE PASSIVE

Volonté de laisser mourir le patient en atténuant ses souffrances. C'est-à-dire qu'on passe de l'acharnement thérapeutique aux soins palliatifs. Le médecin diminue le traitement ou procède à son arrêt.

EXAMEN AMIABLE ET CONTRADICTOIRE

Examen médico-légal réalisé conjointement par un médecin désigné par une compagnie d'assurances (ou le Fonds de garantie) et un médecin recours choisi par la victime, dans le

cadre d'un accident de la voie publique, si cet accident ne constitue pas un délit.

EXPERT (voir Témoin expert)

Personne dont le témoignage touche à des domaines médico-légaux, scientifiques, techniques ou autres, et qui a l'expertise et l'expérience professionnelles, lui permettant de faire autorité sur la question abordée. Par exemple, dans un procès criminel, un médecin légiste peut être cité comme témoin expert pour préciser la cause et l'heure du décès de la victime, et un expert en balistique peut venir déposer

sur le type d'arme à feu utilisée, la nature du projectile, l'angle de tir.

EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE

Éléments de preuve recueillis par des méthodes scientifiques susceptibles d'être utiles aux procédures judiciaires. Elles comprennent les examens médico-légaux de victimes, les autopsies médico-légales, les preuves obtenues par tests ADN, les études balistiques, les analyses toxicologiques, les examens anatomopathologiques et histologiques, etc.

FAIT DOMMAGEABLE

Fait juridique ouvrant droit à réparation, en matière civile.

FAUTE INEXCUSABLE

Faute d'une telle gravité qu'elle peut priver son auteur de l'indemnisation de son préjudice en considérant qu'il a participé de manière active à la réalisation de son propre dommage.

FIBRES

Les cheveux, poils d'humains ou d'animaux, et les fibres textiles ou

végétales peuvent servir d'indices. Leur identification comporte celle de leur type (humain ou non) et de leur nature exacte (poil de telle ou telle race de chien, par exemple).

FUMIGATION À L'IODE

Méthode de révélation des empreintes digitales latentes grâce à des vapeurs iodées.

FUMIGATION AU CYANOACRYLATE

Méthode d'identification des empreintes

digitales latentes par fumigation de vapeurs de superglu.

FUNÉRARIUM (voir Chambre funéraire)

FERMETURE DE CERCUEIL

La fermeture de cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. S'il existe un obstacle médico-légal, la fermeture ne pourra se faire qu'avec l'avis aux fins d'inhumer, délivré par le procureur à l'issue de l'enquête et des examens médico-légaux (levée de corps,

analyses complémentaires, autopsie médico-légale). La fermeture proprement dite du cercueil se fait toujours à une date et un horaire convenus avec la famille.

GARDE À VUE

Procédure pénale consistant, pour un officier de police judiciaire, à garder une personne dans les locaux de la police pour les nécessités de l'enquête. La garde à vue est d'une durée déterminée de vingt-quatre heures (renouvelable dans certains cas). La personne est informée, dès la première heure, qu'elle peut

s'entretenir avec un avocat de son choix, ou, à défaut, avec un avocat commis d'office et qu'elle peut être examinée par un médecin requis, souvent un médecin légiste dans les structures médico-judiciaires. L'entretien avec l'avocat est confidentiel, et l'avocat s'assure que les droits de la personne sont bien respectés. Il peut joindre au dossier des observations écrites. Cet entretien peut n'être accordé qu'après les deux premiers jours de garde à vue en matière de stupéfiants ou d'atteinte à la sûreté de l'État. L'examen médical aura lieu, dans tous les cas, dès le premier jour si nécessaire.

GREFFE

Section responsable de l'administration du tribunal en général, et notamment de sa direction et de sa gestion. Sa tâche essentielle consiste à offrir un soutien administratif et opérationnel aux organes judiciaires et au bureau du procureur. Il administre également les services de soutien à la défense, aux victimes, et assure la communication et la sécurité du tribunal. Le greffe s'occupe du délai de remise des expertises, par exemple.

GUÉRISON (voir Consolidation)

Stabilisation définitive, après un traumatisme, de l'état de santé sans séquelles ; on dit qu'il y a « retour à l'état antérieur à l'accident ».

HANDICAP

Il n'existe pas de définition législative ou réglementaire du handicap (les lois du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées reconnaissent le handicap mais n'en donnent pas de définition). Il résulte des conséquences d'une incapacité permanente sur l'autonomie dans la vie personnelle, sociale et

professionnelle.

Accumulation de sang dans une cavité du corps existante (hématome intra-crânien), ou néoformé (hématome dans un muscle). L'hématome est différent de l'ecchymose ou de la suffusion. Il correspond à une violence plus importante.

HISTOLOGIE

Du grec « histos », tissu, et « logos », connaissance, étude. Est donc l'étude au microscope des tissus humains, après colorations spécifiques généralement effectuées suite à l'autopsie médico-légale, sur les prélèvements, tout d'abord conservés en fixation par le formol.

L'histologie est également très utile sur les prélèvements réalisés chez des victimes d'agressions sexuelles pour déterminer la présence de spermatozoïdes.

HUIS CLOS / IN CAMERA

Le terme latin « in camera » signifie « dans la chambre », « en privé ». Une audience à huis clos ou in camera est fermée au public. Les audiences d'un tribunal étant en règle générale ouvertes au public, sauf dans les procès avec une victime mineure, dans certaines circonstances, les juges peuvent décider

que la chambre siègera à huis clos, en l'absence du public. Par exemple, lorsque les débats touchent à la sécurité nationale ou font l'objet de mesures de protection des témoins particulièrement rigoureuses. Après avoir entendu les débats en question, la chambre peut revenir à des audiences ouvertes au public.

IMPUTABILITÉ

En matière médico-légale, possibilité d'attribuer à un fait traumatique, ou à une de ses conséquences directes et certaines, l'existence d'une lésion ou

d'une séquelle. À rapprocher de la notion juridique de causalité.

IN CAMERA (Voir Huis clos)

INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

Élément d'appréciation du dommage corporel subi par une victime. Il correspond à la réduction (exprimée en pourcentage) des capacités physiologiques d'un individu (dans le cadre du droit commun), ou de la capacité d'exercer une activité

professionnelle génératrice de gain (dans le cadre de la législation sur les accidents du travail).

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) AU SENS CIVIL

Impossibilité, pour une victime d'un dommage corporel, d'exercer son activité professionnelle de manière totale, mais pour un temps donné. La durée est en fait égale ou plus restrictive que celle d'un arrêt de travail au sens professionnel.

INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL (ITT) AU SENS PÉNAL

Impossibilité, pour une victime d'un dommage corporel ou de violence, de manière totale, mais pour un temps donné, d'exercer tous les actes de la vie courante. Chez les blessés de tous âges, ayant ou n'ayant pas d'activité professionnelle (enfants, personnes âgées, sans emploi), l'ITT au sens pénal correspond à la période de perte de l'autonomie (impossibilité d'accomplir ses activités personnelles habituelles).

INCINÉRATION (Voir Crémation)

INDEMNISATION

Allocation d'une indemnité en réparation des postes de préjudice relevés par voie d'expertise médicale, amiable ou judiciaire. Elle consiste à dédommager financièrement ou matériellement toute atteinte physique ou morale, perte de revenus, besoin en soins médicaux, etc., pouvant faire l'objet d'une évaluation matérielle.

INHUMATION

Action de procéder à la mise en terre,

qu'il s'agisse d'un cercueil ou d'une urne, du latin *in humus*, qui signifie dans la terre. C'est le mode de sépulture le plus commun en France. C'est celui qui est retenu par défaut si la personne défunte ne s'était pas prononcée pour la crémation. L'inhumation consiste à placer le cercueil du défunt dans un caveau ou en pleine terre. Elle se fait nécessairement dans un cimetière communal. Dans de très rares exceptions l'inhumation peut avoir lieu en terrain privé.

INSTITUT MÉDICO-LEGAL (IML)

Structure généralement liée à une faculté de médecine, hormis à Paris où l'IML dépend de la préfecture de police, destinée principalement à la recherche des causes du décès et à l'identification des corps. Établissement où sont accueillis les corps des personnes décédées sur la voie publique, des personnes dont le décès est d'origine criminelle ou suspecte, dont le corps n'est pas identifié, ou dont l'état du corps nécessite un transfert par mesure d'hygiène publique.

JUGE

Magistrat de l'ordre judiciaire qui rend les décisions. C'est un fonctionnaire indépendant et inamovible.

JUGE D'INSTRUCTION

Il intervient lorsqu'une infraction grave ou complexe a été constatée par la police, en cas de crime, ou quand un particulier s'estime victime et dépose une plainte avec constitution de partie civile. Il peut décider de mettre une personne en examen et d'un contrôle judiciaire. Il rassemble et examine les preuves de l'infraction et prend toutes les mesures utiles à la manifestation de la vérité,

dirige les interrogatoires, confrontations et auditions, et constitue le dossier qui sera soumis, le cas échéant, au tribunal correctionnel ou à la cour d'assises. À la fin de l'instruction, le juge d'instruction informe la personne mise en examen, en présence de son avocat, des charges qui pèsent contre elle, et reçoit ses observations. La personne est alors mise en cause. Dans les cas où les charges ne sont pas jugées suffisantes, le juge rend une ordonnance de non-lieu.

JUGE DE PROXIMITÉ

Compétent en matière civile et pénale

pour régler les petits litiges de la vie quotidienne, le juge de proximité contribue à rapprocher la justice des justiciables. Au côté du juge professionnel, le juge de proximité façonne une justice plus proche, plus à l'écoute. En procédure civile, le juge de proximité connaît des litiges dont le montant est de moins de quatre mille euros. En procédure pénale, la compétence du juge de proximité est limitée aux contraventions des quatre premières classes, le tribunal de police traitant des contraventions de cinquième classe.

JUGE PRÉSIDENT

Dans les juridictions composées de plusieurs juges, l'un d'eux est choisi pour diriger la conduite des audiences, souvent à tour de rôle. Ce juge préside alors la chambre (voir Chambre) durant les audiences et supervise le procès - notamment, il gère le calendrier et préside les réunions entre juges.

JUGEMENT

Conclusions et décisions prononcées par une cour à la fin d'un procès ou d'une procédure judiciaire.

JURÉS

En France, le jury en cour d'assises est composé de neuf jurés (douze en appel), du président de la cour d'assises et de ses deux assesseurs. Selon l'article 359 du code de procédure pénale, la condamnation de l'accusé ne peut être obtenue qu'à la majorité de huit voix (dix voix en appel). Les jurés sont désignés selon une procédure complexe. L'accusé peut récuser cinq jurés et le ministère public quatre jurés (respectivement six jurés et cinq jurés en cas d'appel), sans avoir à en préciser les motifs.

JURIDICTIONS

Ensemble des tribunaux composant la hiérarchie judiciaire. L'ordre judiciaire généralement compétent pour les rapports des individus entre eux, a comme juridiction la plus haute la Cour de cassation. L'ordre administratif, généralement compétent pour les rapports entre les administrés et l'administration, a comme juridiction la plus haute, le Conseil d'État. La juridiction détermine également la limite géographique au sein de laquelle une décision ou un jugement peuvent être

exécutés ou avoir effet.

JURISPRUDENCE

Ensemble des arrêts et jugements rendus dans le cadre d'une situation juridique donnée, ensemble des affaires antérieures référencées formant le corpus légal d'une juridiction. Les grands arrêts de la jurisprudence sont régulièrement publiés et commentés, notamment par la fameuse *Gazette du Palais*, mais aussi sur le site de la Cour de cassation.

LIEU DU CRIME (SCÈNE DE CRIME)

Endroit où est découvert le cadavre. Il peut aussi s'agir de l'endroit où a eu lieu le crime, si le corps a été transporté, et de ce qui a servi à le transporter (un coffre de véhicule...). Ainsi, on peut avoir des situations simples, si le corps est retrouvé sur le lieu où il a été tué (une scène de crime), plus complexes si la victime blessée s'est enfuie par ses propres moyens avant de mourir dans un autre endroit, ou a été bougée d'une pièce à une autre (deux scènes de crime), encore plus complexes si le corps a été transporté, voire remobilisé, après l'avoir

caché à la hâte immédiatement après le crime.

LIVIDITÉS

Aspect de couleur violacée des téguments, due au déplacement du sang dans le corps, qui va se fixer vers les zones les plus basses, « déclives », selon la position du corps. Ces lividités se constituent progressivement à partir des premières heures du décès, les lividités pourront indiquer si le corps a été mobilisé, changé d'une position verticale (pendaison) à une position horizontale, une fois dépendu. Les lividités,

initialement mobiles à la pression, vont se fixer après vingt-quatre heures.

LOI 5 JUILLET 1985

Dite aussi « Loi Badinter », tendant à l'amélioration et à l'accélération du processus d'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur.

LUMINOL

Réactif faisant briller les traces de sang, utilisé comme test préliminaire de la présence du sang.

MAGISTRAT

Juge (rend les décisions) ou procureur de la République (requiert une peine le plus souvent en matière pénale en sa qualité de défenseur de la société : c'est le ministère public).

MANDAT D'ARRÊT

Document émis par un juge ou un magistrat autorisant la police à arrêter un individu. Un mandat d'arrêt est généralement émis lorsque les forces de l'ordre ont présenté des preuves

suffisantes pour convaincre le juge ou le magistrat qu'il y a des raisons de croire qu'un crime a eu lieu et que la personne désignée dans le mandat peut être responsable de ce crime.

MARQUE D'OUTIL

Trace laissée par l'action d'un outil, permettant de l'identifier, ou tout au moins d'identifier son type.

MÉDECIN-CONSEIL DE BLESSÉS

Médecin diplômé de Réparation juridique du dommage corporel (au

minimum), indépendant des compagnies d'assurances, aidant la victime d'un accident ou d'une agression à préparer son dossier et l'assistant aux opérations d'expertise (par un médecin expert) ou d'examen médical (par un médecin-conseil de compagnie d'assurances).

MÉDECIN-CONSEIL DE COMPAGNIE D'ASSURANCE

Médecin diplômé de Réparation juridique du dommage corporel (au minimum), régulièrement, voire exclusivement, missionné par plusieurs compagnies d'assurances, convoquant la

victime pour l'examiner dans le cadre de la loi Badinter, ou représentant la compagnie en cause à l'expertise judiciaire.

MÉDECIN DE RECOURS ou
MÉDECIN-RECOURS (voir
Médecin-conseil de blessés)

MÉDECIN EXPERT

La définition est précise et le titre est un titre protégé ; il s'agit uniquement d'un médecin intervenant comme auxiliaire de justice, missionné par un magistrat qui le

choisit dans la très grande majorité des cas sur des listes « d'experts près la cour d'appel » ou « d'experts nationaux agréés par la Cour de cassation ».

MÉDECIN LÉGISTE

Médecin travaillant à temps partiel ou à plein-temps pour la police.

MENS REA

(voir Actus Reus)

MESURES ALTERNATIVES

Pour les infractions de faible gravité, le ministère public (le parquet) peut décider, à l'encontre de l'auteur de l'infraction, une mesure de remplacement aux poursuites pénales devant un tribunal. Cette mesure peut être un rappel à la loi, une composition pénale, une mesure de réparation ou une médiation pénale.

MICROSCOPE COMPARATIF

Microscope à double optique permettant la comparaison de deux objets similaires. Le microscope comparatif est particulièrement utile pour comparer des

douilles ou des projectiles en appréciant l'effet du percuteur sur la douille ou les rayures identifiant l'arme ayant tiré.

MICROSCOPE ÉLECTRONIQUE À BALAYAGE

Instrument permettant l'observation à un grossissement important de la surface d'un échantillon, en remplaçant la lumière par un faisceau électronique.

MICRO SPECTROPHOTOMÉTRIE

Méthode de spectroscopie utilisée pour

identifier des traces microscopiques de teintures ou de pigments.

MICROTOME

Outil permettant la découpe de tissus en tranches fines de quelques microns qui pourront ensuite être déposées sur des lames de verre pour lecture au microscope.

MISSION (D'UN EXPERT)

Tâche précise que lui confie par écrit le magistrat dans le cadre de l'examen médico-légal de la victime.

MORGUE

Avant 1993, lieu destiné au dépôt et à la conservation des corps, implanté généralement dans un hôpital. Le terme est aujourd'hui remplacé par « chambre mortuaire ».

MORT

Arrêt irréversible des fonctions vitales de l'individu (respiratoire, système nerveux central, cardio-vasculaire) et décomposition du corps. L'atteinte à l'intégrité du cadavre est aujourd'hui un

délit passible de un an
d'emprisonnement et mille cinq cents
euros d'amende (art.225-17 code pénal).
Cependant, elle peut avoir lieu dans trois
cas spécifiques :

-procédure judiciaire pénale : autopsie
médico-légale,

-dons d'organes :loi de mars 2002,
prélèvement pour des greffes. L'accord
du défunt ou de la famille est obligatoire,

-don du corps à la science : défunt qui livre
son corps à la science.

MORT NATURELLE

Souvent issue fatale d'une maladie, la

personne décédée était suivie et son décès « n'étonne » pas outre mesure.

MORT SUSPECTE

On peut parler de mort suspecte lorsqu'on est en présence de lésions ne permettant pas d'expliquer l'étiologie du décès ou d'un état du corps ne permettant pas de juger des circonstances du décès. Mort brutale d'une personne jeune, sans cause évidente, telle que la mort subite d'un sportif, par exemple. Rien ne laissait supposer une telle issue...

MORT VIOLENTE ACCIDENTELLE

Mort en relation directe avec un traumatisme accidentel. Le lien de causalité est évident. La case « obstacle médico-légal » est cochée si la mort « semble avoir pu être causée par une infraction » (conduite sous l'influence de stupéfiants, conduite sous l'influence de l'alcool, excès de vitesse, etc.)

MORT VIOLENTE CRIMINELLE

Si l'action criminelle est évidente, par exemple, plaie par arme à feu sans arme

à proximité.

MORT VIOLENTE SUICIDAIRE

Le caractère suicidaire ne peut être établi qu'après enquête et examen soigneux du corps du défunt. L'enquête devra s'intéresser aux antécédents psychiatriques et aux traitements. Le diagnostic différentiel avec un acte criminel devra toujours être analysé. Au moindre doute, le médecin constatant le décès doit cocher la case « obstacle médico-légal ».

NINHYDRINE

Révélateur faisant ressortir les empreintes digitales latentes en violet.

NIVEAU DE LA PREUVE

Indique le degré de validation d'une preuve. Par exemple, le niveau de la preuve, à l'issue d'un procès pénal, est déterminé « hors de tout doute raisonnable ».

NON-LIEU

Abandon d'une action judiciaire en cours de procédure. Survient lorsque les

éléments rassemblés par l'enquête ne justifient pas une action plus avant.

NOTIFICATION

Communication d'un acte extrajudiciaire, judiciaire ou d'un jugement aux intéressés par acte d'huissier ou par voie postale.

NOYADE (voir Submersion)

OBSÈQUES

Ensemble des étapes de la prise en

charge du corps du défunt depuis son décès jusqu'au moment où le cercueil, ou l'urne, a rejoint son lieu de sépulture. Le sens du mot obsèques va donc bien au-delà de la cérémonie qui n'en est qu'une partie.

OFFICIER DE POLICE JUDICIAIRE

Les officiers de police judiciaire exercent les fonctions de police judiciaire les plus vastes : ce sont les maires et leurs adjoints, les gendarmes et fonctionnaires de police habilités. Les agents de police judiciaire les assistent, avec des

responsabilités et des pouvoirs judiciaires réduits. Certains fonctionnaires, comme les policiers municipaux, gardes champêtres, gardes particuliers assermentés, inspecteurs de la SNCF, agents des douanes... ont des fonctions de police judiciaire réglementées, limitées pour leurs fonctions.

ODONTOLOGIE MÉDICO-LÉGALE

Forme spécialisée de l'odontologie particulièrement utilisée pour les identifications formelles de restes de

corps, notamment dans les catastrophes de masse. Apporte de nombreux éléments pour la détermination de l'âge, la reconstruction faciale à partir d'éléments maxillaires, entre autres.

ORDONNANCE DE MISE EN ACCUSATION

Nom du jugement rendu par le juge d'instruction à qui il appartient de renvoyer devant la cour d'assises les personnes accusées de crime. S'il estime que les faits retenus à la charge des personnes mises en examen constituent une infraction qualifiée de crime par la

loi, il ordonne leur mise en accusation devant la cour d'assises par une ordonnance. Celle-ci doit indiquer « de façon précise, les motifs » pour lesquels il existe des charges suffisantes, justifiant la mise en accusation de la personne devant la cour d'assises.

ORDRE DES MÉDECINS

La mission de l'Ordre des médecins est expressément définie par l'article L. 4121-2 du code de la santé publique :
« L'Ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la

médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de Déontologie prévu à l'Article L. 4127-1 du présent titre. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des Conseils départementaux, des Conseils régionaux et du Conseil National de l'Ordre ».

PATHOLOGIE

Dans le cadre médico-légal, étude des causes et conséquences de maladies, et des blessures ayant conduit à la mort. La pathologie traumatique est une spécialité

de médecine légale du vivant.

L'anatomo-pathologie est une spécialité portant sur les tissus issus d'un prélèvement, d'une intervention chirurgicale ou sur les corps de personnes décédées. Elle apporte des éléments à la médecine au sens large (étude d'une maladie, de son extension, etc.) et à la médecine légale (étude des organes et fragments d'organes prélevés lors des autopsies médico-légales).

PARTIE CIVILE

Personne victime d'une infraction qui met en mouvement l'action publique

dans le cadre d'un procès pénal ou y participe pour réclamer la réparation de son préjudice, suite à un crime ou un délit dont il ou elle a été victime.

PENDAISON

Acte de violence contre soi-même (suicide) ou infligé à un autre (homicide d'enfant, pendaison exécution) au cours duquel le cou est pris dans un lien attaché à un point fixe et le poids du corps exerce une traction sur le lien de haut en bas. Deux modes de pendaison co-existent : la pendaison complète où la suspension du corps est totale, il n'y a

aucun appui, les forces de traction sont donc verticales et passives ; la pendaison incomplète (très majoritairement suicidaire, mais à ne pas confondre avec une strangulation !) où la suspension du corps n'est pas totale, le corps pouvant être en partie en appui (sol, fauteuil, lit...) et où la partie céphalique du corps exerce une traction assez forte pour occasionner la tension du lien et l'asphyxie mécanique.

PEROXYDASE

Enzyme présente dans le sang, souvent utilisée dans les tests préliminaires de

détermination de la nature d'une tache, indiquant s'il s'agit ou non de sang.

PLAIDOIRIES FINALES

Résumés des arguments, donnés à la fin d'un procès, par l'accusation et la défense, au cours desquelles chaque partie présente son interprétation des preuves et des témoignages présentés, et souligne les motifs pour lesquels le verdict devrait pencher en leur faveur.

POLICE JUDICIAIRE

Elle a pour mission d'assister la Justice

dans ses multiples tâches. Elle constate les infractions, reçoit les plaintes et les dénonciations, rassemble les preuves et recherche les auteurs des infractions (enquête préliminaire et enquête de flagrance). Elle exécute les missions qui lui sont confiées par les autorités judiciaires (notamment par le juge d'instruction) : exécution des mandats (aller chercher une personne pour la conduire chez le juge), perquisitions... La police judiciaire agit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées et doit rendre compte de leur exécution. Les services de police judiciaire sont parfois regroupés en directions de police

judiciaire (police nationale) ou en brigade de recherches (gendarmerie nationale), plus spécifiquement chargées des affaires les plus graves. La « Crim' » du 36, quai des Orfèvres est l'une de ces directions de police judiciaire.

POMPES FUNÈBRES

Désigne de façon générique l'organisme chargé des obsèques. Le terme « pompes » évoque l'aspect solennel et pompeux de certaines funérailles d'antan. Ces organismes assurent le transport des corps des scènes de crime ou de décès vers les services et instituts

de médecine légale.

POST-MORTEM

En latin « après la mort ». Toute opération ou analyse d'un cadavre, l'autopsie, par exemple.

POUDRAGE

Technique de révélation des empreintes digitales latentes grâce à des poudres spéciales.

POURVOI

Recours formé devant la Cour de cassation pour violation d'une règle de droit dans une décision rendue en dernier ressort.

PRÉCÉDENT

Une décision judiciaire pouvant faire référence dans des affaires similaires ou qui pourra faire autorité et servir de cadre pour tous les cas similaires.

PRÉJUDICE

En pratique, synonyme du dommage (matériel, corporel, moral) subi par une

personne du fait d'un tiers.

PRESCRIPTION

Délai au-delà duquel on ne peut plus agir en justice pour faire valoir un droit. La prescription civile de droit commun est de 30 ans. La prescription de l'action publique en matière pénale est de un an. En matière de contravention, trois ans. En matière de délit, dix ans. En matière de crime (sous réserve de dispositions particulières, notamment pour les viols de mineurs où la prescription va jusqu'à dix ans après la majorité de la victime).

PRÉSUMPTION D'INNOCENCE

Concept juridique selon lequel tout accusé est réputé innocent tant que sa culpabilité n'a pas été prouvée hors de tout doute raisonnable à l'issue du procès et de l'appel.

PRETIUM ou QUANTUM

DOLORIS (voir Souffrances endurées)

Prix de la douleur engendrée par un accident, un acte criminel ou une agression. Les souffrances endurées, physiques ou psychiques, se quantifient en termes de taux attribué par l'expert

médical sur une échelle de 0 à 7.

PREUVE

Élément permettant d'établir la véracité, l'exactitude ou l'allégation d'un fait, d'une chose ou d'un acte. En droit commun, la victime doit apporter la preuve du fait dommageable, du dommage, et de la relation de cause à effet entre les deux.

PREUVES À DÉCHARGE

Preuves qui tendent à démontrer l'innocence de l'accusé. Quand elles sont

recueillies par le procureur, elles font souvent l'objet d'une obligation de divulgation à la défense.

PRÉVENU (voir Accusé)

Individu accusé d'un crime et contre qui des actions judiciaires sont intentées.

PROCÈS

Procédure consistant à examiner et à vérifier devant un tribunal les preuves recueillies contre une personne accusée d'un délit ou d'un crime. L'ouverture des procès au public est la règle générale,

bien que dans certains cas, des audiences puissent être conduites à huis clos.

PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

En France, la dénomination de procureur de la République est donnée au magistrat qui dirige les services du parquet, ou ministère public auprès d'un tribunal de grande instance, ou d'un tribunal de première instance, ou d'un tribunal supérieur d'appel pour les DOM-TOM. Sa mission est de défendre la société et de veiller à l'application de la loi et proposer une sanction. Il reçoit

les plaintes et procès-verbaux. Il dirige les enquêtes des services de police et de gendarmerie (police judiciaire). Il exerce des poursuites contre les délinquants. Il assiste aux audiences pour requérir l'application des lois (il représente le ministère public aux procès) et proposer aux juges une décision. Il assure l'exécution des peines.

PROCUREUR GÉNÉRAL

Magistrat, chef du parquet (ou ministère public) auprès d'une cour d'appel ou de la Cour de cassation. Il est le supérieur hiérarchique des procureurs des

différents tribunaux de grande instance du ressort de sa cour d'appel.

PROFILAGE ADN (TYPAGE ADN)

Méthode d'analyse de l'ADN permettant l'identification d'individus ou de traces biologiques, à comparer ensuite à un fichier de données génétiques. En France, il s'agit du FNAEG (Fichier national des empreintes génétiques).

PROFILAGE PSYCHOLOGIQUE

Méthode d'analyse des facteurs communs d'une série de crimes en vue

de dresser un portrait psychologique du tueur ou du violeur « en série ».

PROTECTION DES TÉMOINS

Série de mesures accordées par ordre de la cour pour protéger les témoins, comme la déformation de la voix ou de l'image, le caviardage des moyens d'identification dans les documents ou les audiences à huis clos.

PROVISION

Somme d'argent allouée à la victime à titre provisoire, en matière civile,

notamment pour couvrir les premiers frais, médicaux, par exemple.

RÉACTION DE POLYMERASE EN CHAÎNE (PCR)

Méthode d'amplification des échantillons d'ADN dont la taille est insuffisante pour une analyse directe. À partir de petits échantillons, les fragments d'ADN peuvent être multipliés et faciliter l'identification génétique.

RÉACTION VITALE

Début de cicatrisation apparaissant autour d'une blessure faite avant la mort de la victime, et n'apparaissant pas sur les blessures post-mortem.

RECONNAISSANCE DE CULPABILITÉ

Le procureur de la République reçoit la personne en présence de son avocat. Il propose à l'auteur présumé des faits d'exécuter une ou plusieurs peines, précise si elle(s) est (sont) exécutoire(s) immédiatement ou ultérieurement.

Par ailleurs, le magistrat propose la réparation des dommages dans un délai

inférieur à six mois. La personne peut, après s'en être entretenue avec son avocat, accepter, demander un délai de réflexion de dix jours ou refuser.

RÉFÉRÉ

Décision de justice assortie de l'exécution provisoire désignant le plus souvent un expert médical et allouant une somme d'argent à titre provisionnelle. Le litige ne doit souffrir aucune contestation sérieuse sur le fond.

RÈGLEMENT DE PROCÉDURE

ET DE PREUVE

Règles régissant les procédures et l'admissibilité des preuves dans la procédure judiciaire. Ces règles sont impératives pour le bon déroulement d'une affaire pénale, comme l'établissement et le référencement des scellés de la scène de crime à la cour d'assises, où ils réapparaîtront quelques années plus tard.

RELEVÉ SUR GÉLATINE

Technique employant une fine feuille enduite de gélatine pour relever les empreintes.

RELEVÉ SUR RUBAN ADHÉSIF

Méthode de relevé sur un support des empreintes digitales grâce à du ruban adhésif.

RELEVEUR ÉLECTROSTATIQUE

Plaque chargée d'électricité statique permettant de relever des empreintes dans la poussière.

RENIFLEUR

Détecteur de vapeurs d'hydrocarbure

utilisé pour déceler la présence d'accélérateur sur les lieux d'un incendie.

RÉPARATION (D'UN PRÉJUDICE)

Synonyme de « dédommagement » ou « indemnisation ». Compensation financière ou matérielle attribuée en contrepartie de séquelles imputables à une agression ou à un accident.

RÉQUISITION JUDICIAIRE

Moyen d'obtenir qu'une action soit effectuée pour la Justice, à la demande

d'un officier de police ou de gendarmerie. Le médecin requis est tenu de déférer à réquisition et, par exemple, de se déplacer sur les lieux, dans le cas d'un décès sur la voie publique, ou de mort suspecte, d'examiner une victime de violences pour fixer l'ITT au sens pénal, d'examiner une personne en garde à vue, pour juger de sa compatibilité avec le maintien dans des locaux de police ou de gendarmerie.

RÉSIDUS DE COUP DE FEU

Restes de poudre non brûlée sur les mains du tireur, sur l'arme et parfois sur

la victime, selon la distance de tir et l'arme utilisée.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Une personne voit sa responsabilité civile engagée quand, en raison d'un fait quelconque (inexécution d'un contrat, faute résultant d'un acte volontaire ou pas...), elle se voit dans l'obligation de réparer un dommage causé à autrui.

RESPONSABILITÉ PÉNALE

Concept selon lequel ce sont des individus qui commettent des crimes et

délits et en sont tenus responsables. La responsabilité pénale individuelle peut être directe ou indirecte. L'auteur du crime doit ainsi rendre compte au titre de sa responsabilité pénale individuelle directe, mais celle-ci inclut autant celui qui a commis physiquement le crime, que celui qui l'a incité, ou en a été complice, ou a aidé à dissimuler un crime, ou ne l'a pas empêché s'il le pouvait, ou révélé s'il le connaissait.

RÉVELATEUR PHYSIQUE

Technique de révélation des empreintes digitales latentes sur des surfaces

humides grâce à une solution argentine.

RIGOR MORTIS

En latin « rigidité du mort », la rigidité cadavérique est un des moyens utilisés permettant une estimation du délai post-mortem.

SAPITEUR

En expertise judiciaire, médecin spécialiste désigné par l'expert pour évaluer l'imputabilité ou les séquelles intéressant sa spécialité. Les plus couramment nommés sont

ophtalmologistes, ORL, psychiatres, neurologues, mais toutes les spécialités sont concernées.

SÉQUENCES RÉPÉTÉES EN TANDEM

Suites de paires de bases (A-T, G-C) composées d'acides nucléiques, couramment identifiées dans l'ADN, servant classiquement à l'identification génétique à partir d'échantillons biologiques. La précision de l'identification augmente avec le nombre de séquences comparées.

SENTENCE

Peine prononcée par une cour contre un individu reconnu coupable d'un crime.

SÉQUELLE (ou ÉTAT SÉQUELLAIRE)

Conséquences physiologiques des violences ou des blessures subies et ouvrant droit à indemnisation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Probablement rédigé au iv^e siècle avant J.-C., c'est le serment encore prêté

par les médecins avant d'exercer. Sa traduction la plus connue est d'Émile Littré, médecin et père du fameux dictionnaire. Le code de déontologie médicale actuel en est fortement inspiré, même si la forme contemporaine en est sensiblement différente : « *Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant : mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils*

veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. ».

SÉROLOGIE

Étude du sang et des fluides corporels. Les sérologies sont particulièrement utilisées pour la recherche d'une infection virale. Le bilan sérologique d'un auteur suspect de viol est prévu par le code de procédure pénale et ne supporte pas de refus, en raison du risque potentiel encouru par la victime.

Conservation de différents sérums permettant par la suite les analyses de toxicologie ou de biologie moléculaire (ADN). Les sérothèques peuvent être conservés à - 20 °C ou - 80 °C.

SIGNIFICATION

Acte d'huissier de justice par lequel est porté à la connaissance de la partie adverse un acte de procédure (assignation, conclusions, ou jugement).

SOINS DE CONSERVATION

Technique moderne de préparation des corps des défunts, afin de permettre leur présentation dans les meilleures conditions possibles en matière d'hygiène pour la durée de l'exposition. La personne qui réalise les soins s'appelle un thanatopracteur. Les soins de conservation sont obligatoires lors

d'un transfert avant mise en bière, si le délai de vingt-quatre heures, à partir de l'heure du décès, n'a pas pu être respecté (le délai est alors porté à quarante-huit heures). Les soins de conservation sont fortement conseillés si le corps doit rester au domicile ou s'il doit être transporté en province. Dans le cas d'un rapatriement à l'étranger, selon le pays de destination, ils sont obligatoires. Ces soins ne sont possibles que s'il n'existe pas d'obstacle médico-légal. Si celui-ci existe, rien ne doit être fait qui puisse modifier les constatations médico-légales et les prélèvements.

SOUFFRANCES ENDURÉES

(Voir Pretium doloris)

SPECTROMÉTRIE DE MASSE

Méthode analytique qui sépare les substances en composants élémentaires chargés électriquement, permettant de déterminer leur nature et leur quantité.

SPECTROSCOPIE (ou SPECTROPHOTOMÉTRIE)

Méthode d'identification de substances inconnues grâce au spectre

électromagnétique caractéristique qu'elles absorbent ou émettent.

SPECTROSCOPIE AUX RAYONS X

Analyse spectroscopique faite dans un microscope électronique à balayage, identifiant les éléments grâce aux rayons X émis ou réémis.

SPECTROSCOPIE INFRAROUGE

Méthode de spectroscopie utilisant le rayonnement infrarouge. Généralement utilisée pour l'analyse de composés synthétiques, c'est une méthode rapide

de détermination du monoxyde de carbone, par exemple.

SPECTROSCOPIE PAR ABSORPTION ATOMIQUE

Méthode d'analyse spectroscopique permettant d'identifier des éléments dans un échantillon inconnu, même à très faible concentration.

STRANGULATION

Forme médico-légale d'asphyxie mécanique, très majoritairement criminelle, par constriction exercée sur le

cou, avec les mains, un lien ou un mécanisme de type clé au cou. Trois mécanismes occasionnent le décès : excitation du sinus carotidien à l'origine d'une syncope cardiaque, asphyxie par compression du tractus respiratoire contre le rachis et inhibition réflexe par hyperstimulation des nerfs cervicaux.

SUBMERSION (ou NOYADE)

La mort survient par inondation des voies respiratoires par l'eau ou le liquide d'immersion (noyé « bleu ») ou par syncope dans l'eau (noyé « blanc ») avec souvent un mécanisme de choc

thermique. La submersion (ou noyade) crée rapidement des lésions cérébrales irréversibles après quatre minutes d'arrêt circulatoire. La submersion ou noyade est une grande cause de mort accidentelle, surtout en saison estivale, dans la mer, les lacs, les rivières, ainsi que d'accidents domestiques (dans les baignoires et piscines) surtout chez l'enfant. Elle peut être incomplète, par simple immersion de la face dans une faible hauteur d'eau chez l'adulte avec troubles de conscience liés à l'alcool, aux stupéfiants ou aux psychotropes ou chez l'épileptique en crise. La submersion ou noyade est une forme de suicide très

fréquente après la pendaison, avec la même fréquence que les suicides par arme à feu. On peut retrouver une certaine mise en scène : pieds et poings liés attachés à un objet lourd, vêtements soigneusement pliés sur la berge. La submersion homicide est difficile à affirmer. La présence de lésions de violence peut apporter des éléments positifs. Elle a été un mode d'infanticide assez répandu au xix^e siècle et dans la première moitié du xx^e siècle. La fameuse histoire du petit Grégory a marqué les annales judiciaires. La submersion homicide se rencontre avec certains actes de torture (torture de la baignoire).

Le médecin légiste doit établir la différence entre une submersion vitale et l'immersion d'un cadavre pour le faire disparaître, ou simuler une noyade accidentelle. Les submersions ou noyades peuvent être la cause du décès chez des conducteurs qui précipitent leur véhicule dans les eaux (acte suicidaire) ou chutent accidentellement dans un cours d'eau, un lac ou un étang.

Épanchement sanguin dans les tissus sous-cutanés. Une ecchymose est une suffusion de sang (voir Hématome).

SUSPECT

Individu suspecté d'avoir commis un crime sur lequel porte l'enquête. Pour une personne faisant l'objet d'un acte d'accusation, on parle alors plutôt d'un accusé ou d'un prévenu. La présomption d'innocence est reconnue par le droit pénal.

TÉMOIGNAGE (ORAL/ÉCRIT)

Preuve orale ou écrite déposée par un témoin sous serment lors d'un procès ou d'une déposition. Un témoin est une personne qui dépose sous serment.

TÉMOIN EXPERT (voir Expert)

TEST DE DÉPISTAGE (voir Test immuno-enzymatique)

TEST IMMUNOLOGIQUE

Analyse sérologique servant à déterminer la réponse immunitaire du corps à certains antigènes. La lecture se fait par réaction avec des anticorps spécifiques calibrés pour ne réagir qu'à un certain taux d'antigènes. Citons le test

immunologique de grossesse qui réagit au-delà d'un seuil déterminé d'hormones de grossesse dans l'urine ou les réactions vérifiant une immunité sérologique vaccinale.

TEST IMMUNO-ENZYMATIQUE (ou TEST DE DÉPISTAGE)

Dépistage dans un fluide biologique (urine, sang, salive...), servant à déterminer l'existence de certains antigènes (métabolites de drogues, etc.) au-delà d'un seuil de détection « cut-off », déterminé par des anticorps spécifiques calibrés. Au-delà de ce seuil

de réaction déterminé, le test est positif.

TEST PAR PRÉCIPITATION

Test sanguin permettant de déterminer si un échantillon sanguin est d'origine humaine.

TEST PONCTUEL

Test d'identification dans lequel le réactif est appliqué sur une zone limitée, la taille d'une goutte en général.

TEST PRÉLIMINAIRE

Test simple et bon marché permettant de déterminer rapidement la nature d'un échantillon.

THANATOPRACTEUR

Personne spécialement formée et seule habilitée à effectuer les soins de conservation, et à pratiquer, ainsi que les médecins, l'exérèse de prothèses fonctionnant au moyen d'une pile (pacemaker, défibrillateur...).

THANATOPRAXIE

(voir soins de conservation)

TIERCE PERSONNE

Personne s'occupant d'une victime invalide au domicile de celle-ci, à temps complet ou partiel, à la suite d'une décision de justice la désignant comme aide. En droit commun, la tierce personne intervient de manière à compenser le dommage subi par la réparation intégrale du préjudice de la victime.

TOILETTE MORTUAIRE

Permet de rendre sa dignité à un défunt

en le revêtant de ses vêtements habituels, après l'avoir lavé, lui avoir fermé la bouche et les yeux pour pouvoir le présenter décemment.

TOXICOLOGIE ANALYTIQUE

Élaboration et applications de méthodes de qualification (reconnaissance) et de quantification (dosage) des différents toxiques (médicaments, botaniques, chimiques, hormonaux...) présents dans les différents fluides biologiques (sang, urine, salive, humeur vitrée, liquide céphalo-rachidien...) ou les différents tissus (jusqu'au tissu osseux ou dentaire)

et pouvant avoir occasionné le décès ou y avoir contribué. La toxicologie analytique raisonnée se base sur les indications de la toxicologie clinique pour cibler telle ou telle recherche, avant d'élargir son champ d'investigation si nécessaire.

TOXICOLOGIE CLINIQUE

Étude des effets cliniques des stupéfiants, des poisons, des différents médicaments, gaz et principes chimiques sur l'homme.

TRAÇABILITÉ

Du lieu du crime au tribunal, une documentation doit suivre les pièces à conviction indiquant qui y a eu accès, afin de garantir leur intégrité.

TRANSPORT APRÈS MISE EN BIÈRE

Désigne le transport du défunt dans son cercueil, une fois la fermeture de celui-ci effectuée. Le transport après mise en bière peut avoir lieu vers un crématorium ou un cimetière en France ou à l'étranger. Lorsqu'il y a changement de commune, il implique une autorisation

préalable de la mairie ou de la préfecture de police (pour Paris) et se fait en présence d'un officier de police qui appose des scellés.

TRANSPORT AVANT MISE EN BIÈRE

Désigne le transfert du corps du défunt avant que celui-ci soit placé en cercueil.

Suite à

une levée de corps médico-légale, le corps est transporté ainsi vers un service de médecine légale si une autopsie est prévue. Le transfert se fait habituellement d'un domicile ou d'un

établissement de santé vers une chambre funéraire, mais il peut aussi avoir lieu vers le domicile de la personne défunte. Des délais très stricts sont à respecter pour que le transport avant mise en bière puisse avoir lieu.

TRANSPORT DE CORPS

Peut avoir lieu avant ou après la mise en bière. Nécessite un véhicule particulier, équipé d'un caisson réfrigérant (si avant mise en bière). Le corbillard est un véhicule spécial de transport de corps, dans lequel le cercueil est visible, mais toujours séparé de l'habitacle.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL

Il juge les délits (vol, escroquerie, abus de confiance, coups et blessures graves...).

Il peut prononcer des peines d'emprisonnement jusqu'à dix ans (vingt ans en cas de récidive) ou des alternatives à l'emprisonnement (travail d'intérêt général, stage de citoyenneté...), des amendes, des peines complémentaires, comme l'interdiction d'exercer une activité professionnelle... Les décisions du tribunal correctionnel sont susceptibles d'appel, exercé devant la chambre

correctionnelle de la cour d'appel. Le tribunal correctionnel, qui est en réalité une chambre du tribunal de grande instance, statue normalement en collégialité assisté d'un greffier : il est composé en principe de trois magistrats professionnels du tribunal de grande instance, dont un préside le tribunal.

Cependant, certains délits énumérés dans le code de procédure pénale peuvent être jugés par le tribunal correctionnel statuant à juge unique. En revanche, s'agissant de comparution immédiate, le tribunal correctionnel

statue toujours en collégialité, composé de trois juges. Devant le tribunal correctionnel, le ministère public, représenté par le procureur de la République ou un de ses substituts, est obligatoirement présent.

TRIBUNAL D'INSTANCE

Juridiction ayant compétence pour connaître toute demande en paiement n'excédant pas dix mille euros depuis 2002. Lorsque l'intérêt du litige est égal ou inférieur à quatre mille euros, il statue sans appel.

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

Juridiction de droit commun en matière civile ayant compétence pour connaître des demandes en paiement de sommes d'argent lorsque le montant excède la compétence du tribunal d'instance.

TRIBUNAL DE POLICE

Le tribunal de police juge les contraventions, c'est-à-dire les infractions pénales les moins graves, par exemple, le tapage nocturne, les coups et blessures légers... Ces infractions sont

passibles d'amende jusqu'à mille cinq cents euros, et de peines privatives ou restrictives de droit (par exemple, la suspension du permis de conduire, l'interdiction de vote ou d'exercer une activité professionnelle...). Le tribunal de police siège au tribunal d'instance et statue toujours à juge unique, assisté d'un greffier. Devant le tribunal d'instance, le ministère public est représenté par le procureur de la République ou l'un de ses substituts, pour les contraventions les plus lourdes (5^e classe).

TRIBUNAL POUR ENFANTS

Il est composé du juge des enfants et de deux assesseurs (non professionnels). Il peut être saisi par le juge des enfants ou le juge d'instruction des mineurs. Il juge les délits les plus graves et les crimes commis par les mineurs de moins de seize ans. Le tribunal peut prononcer des mesures éducatives, une peine de travail d'intérêt général, une amende dans la limite de sept mille cinq cents euros et, pour un mineur de plus de treize ans, une peine d'emprisonnement. Au tribunal pour enfants, les débats ne sont pas publics, leur compte rendu dans la presse est interdit, le jugement peut être publié sans que le nom du mineur y figure. La

présence d'un avocat est obligatoire, les éducateurs qui ont suivi l'enfant peuvent être entendus.

TUEUR/VIOLEUR EN SÉRIE

Criminel commettant au moins trois crimes similaires séparés par des intervalles de temps.

TYPOLOGIE DE LA MORT

Classification légale de la façon dont la mort est survenue : naturelle, accidentelle, par homicide ou suicide.

VERDICT

Décision prise par un jury ou un juge concernant l'affaire qui leur a été soumise au cours d'un procès pénal ou civil.

VIRTOPSIE (Autopsie virtuelle)

Techniques d'imagerie post-mortem utilisant les ressources d'imagerie scanner hélicoïdal ou imagerie par résonance magnétique et la reconstruction tridimensionnelle des images. Outre la reconstruction tridimensionnelle, donc en volume, la

technique permet de séparer les surfaces osseuses et musculaires, d'effacer virtuellement telle ou telle partie, permettant une meilleure visualisation des lésions et apportant des éléments essentiels en matière de balistique terminale ou d'accidentologie.

WHISKY

Boisson préférée des « coroners » et des « cops » américains des années 1950.
À laisser dans la légende sombre...

WHY ?

Pourquoi ? (en anglais). Question qui taraude le médecin légiste une fois le comment expliqué.

WHY NOT ?

Pourquoi pas ? (en anglais). Question qui permet au médecin légiste de garder l'esprit ouvert à toutes les hypothèses avant d'opter, par le raisonnement, pour la plus probable.

X

L'appellation X féminin ou X masculin concerne les cadavres non identifiés

confiés au médecin légiste pour identification par comparaison ante et post-mortem.

Y (INCISION EN)

Méthode d'ouverture du corps pour l'autopsie médico-légale, assez caractéristique des pratiques anglo-saxonnes, avec branche verticale médiane thoraco-pelvienne se scindant en deux branches vers les clavicules.

ZOO HUMAIN

Bon nombre des espèces connues de ce

zoo le sont aussi du médecin légiste.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques ouvrages qui ont fait date :

Paul Brouardel, *L'Infanticide*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1897.

Léon Dérobert, Charles Calcagni, Jean-Pierre Campana, Étienne Frogé et al. *Éléments de médecine légale*, Paris, Éditions médicales et universitaires, 1978.

Étienne Fournier (et al.) *Éléments de médecine légale*, 6^e éd., Paris, Flammarion, 1980.

Eduard von Hofmann, *Nouveaux éléments de médecine légale*, traduction par le Dr Emmanuel Lévy ; introduction et commentaires par P. Brouardel. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1881.

Eduard von Hofmann, *Atlas-manuel de médecine légale*, édition française par Ch. Vibert ; introduction par P. Brouardel, Paris, J.-B. Baillière, 1899.

Alexandre Lacassagne, *Précis de médecine judiciaire*, ouvrage accompagné de 47 figures dans le texte et de 4 planches en couleur dessinées par le Dr E. Charvot. Paris, G. Masson, 1878.

Alexandre Lacassagne, *Le Vade-mecum du médecin-expert : guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, des officiers de police judiciaire, de l'avocat*, Lyon, A. Storck, 1892.

Étienne Martin, *Précis de médecine légale*, Paris, Gaston Doin et Cie, 1932.

Étienne Martin, *Précis de médecine légale*, 3^e éd., entièrement remaniée. Paris, G. Doin et Cie, 1950.

Mathieu-Joseph Orfila, Octave Lesueur, *Traité des exhumations juridiques et considérations sur les changements physiques que les cadavres éprouvent en se pourrissant dans la terre, dans l'eau*, Paris, Béchet jeune, Librairie de la Faculté de médecine, 1831.

Ambroise Paré, *La Manière de traiter les plaies*, présentation et préface de Marie-Madeleine Fragonard, Paris, PUF, [Cologny (Suisse)], Fondation Martin Bodmer, 2007. [Reproduction en fac-similé de l'édition de : Paris : Veuve J. de Brie, 1551. Paru sous

le titre : La maniere de traicter les playes faictes tant par hacquebutes que par fleches et les accidentz d'icelles, comme fractures et carie des os, gangrène et mortification...

Louis Roche, Jean-Pierre Do, Liliane Daligand, *Médecine légale clinique*, 2^e éd. complétée, Collection, Abrégés de médecine, Paris Masson, 1985.

Camille Simonin, *Médecine légale judiciaire*, 3^e éd., Collection Les Précis pratiques, Paris, Maloine, 1955.

Ambroise Tardieu, avec la collaboration de Z.

ROUSSIN, *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1867.

Ambroise Tardieu, *Étude médico-légale sur l'infanticide*, Paris J.-B. Baillière et fils, 1868.

Ambroise Tardieu, *Étude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation*, 2^e éd., Paris, J.-B. Baillière et fils, 1879.

Charles Vibert, *Précis de médecine légale*, précédé d'une introduction par le professeur P. Brouardel, 3^e édition revue et corrigée, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893.

Quelques références d'actualité ou encore utiles :

Eric Baccino et al., *Médecine de la violence : prise en charge des victimes et des agresseurs*, Collection Abrégés, Paris, Masson, 2006.

[sous la direction de] Jean-Paul Beauthier, *Traité de médecine légale*, Bruxelles, [Paris], De Boeck, 2007.

Pierre-François Ceccaldi, Michel Durigon, *Médecine légale à usage judiciaire*, Paris, Éditions Cujas, 1979.

Michel Debout et Michel Durigon [sous la dir. de], *Médecine légale clinique : médecine et violences*, Paris, Ellipses, 1994.

Michel Durigon, avec la collaboration de J.P. Barbet, D. Barres, R. Gherardi, F. Guillon... [et al.], *Pathologie médico-légale*, Paris, Masson, 1987.

Michel Durigon, *Pratique médico-légale*, Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1998.

Vincent J. M. Di Maio, *Gunshot wounds : practical aspects of firearms, ballistics, and forensic techniques*, New York ; Amsterdam ; Oxford, Elsevier, 1985.

Thierry W. Faict, Stéphanie Neel, Catherine Massoubre, *Médecine sociale, médecine légale, éthique et déontologie*, Paris, Ellipses, 2003.

Séverine Foenix, *Les Violences scolaires*, Éditions Demos, 2008.

Bertrand Ludes, Patrice Mangin, *Les Empreintes génétiques en médecine légale*, Paris, Tec & Doc Lavoisier, Cachan, éd. médicales internationales, 1992.

W. D. S. McLay, *Association of police surgeons. Clinical forensic medicine*, London ; New York, Pinter, for the Association of police surgeons, 1990.

Jason Payne-James, Anthony Busuttill, William Smock, *Forensic medicine : clinical and pathological aspects*, San Francisco, Greenwich medical media, 2003.

[Ed. by] Jason Payne-James... [et al.], *Encyclopedia of forensic and legal médecine*, Amsterdam, Elsevier

Academic Press, 2005.

Cyril John Polson... D. J. Gee... and Bernard Knight,
The essentials of forensic medicine 4 th ed., Oxford, New
York, Toronto [etc.], Pergamon press, 1985.

Perrine Rogiez-Thubert, *La Parole est au cadavre*,
Éditions Demos, 2008.

Pekka Saukko and Bernard Knight, *Knight's forensic
pathology*, 3rd ed. London, Arnold, 2004.

[Ed. by] Margaret M. Stark, *Clinical forensic medicine : a physician's guide*, 2nd ed., Ottawa, Humana Press, 2005.

Bernadette Sürig, *Une Psy à la prison de Fresnes*, Éditions Demos, 2008.

MENTIONS LÉGALES

La copie de ce fichier est autorisée pour un usage personnel et privé. Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, sur quelque support que ce soit, de cet ouvrage, sans le consentement de l'auteur, de ses ayants droit ou ayants cause, est interdite (Art. L122-4 et L122-5 du Code de la propriété intellectuelle).

Selon la politique du revendeur, la version numérique de cet ouvrage peut contenir des DRM (Digital Rights Management) qui en limitent l'usage et le nombre de copies ou bien un tatouage numérique unique permettant d'identifier le propriétaire du fichier.

Couverture :
Agence Sariska
Photo couverture :
copyright Vanda Spengler

Texte intégral

Édition originale :
copyright Les Éditions Demos, 2009
ISBN de l'édition originale :
978-2915647471
Pour la présente édition numérique,

