



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



ANNÉE 2020

N°132

Évaluation des pratiques médico-légales dans le service de santé des armées français

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 04/06/2020
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BILA Valentin

Né le 15/01/1993 à NICE
Sous la direction du Médecin en chef Michel MAZEVET
Médecin légiste - Expert auprès de la Cour d'appel de Versailles

Composition du jury

Président :

Monsieur le Professeur Laurent FANTON

Membres :

Madame la Professeure PERDRIX Corinne

Monsieur le Professeur MICHEL Rémy

Monsieur le Professeur SCHWARTZBROD Pierre-Éric

Monsieur le Docteur Michel MAZEVET

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination
Des Etudes Médicales

Pr Pierre COCHAT

Directeur Général des services

M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux

Pr Carole BURILLON

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques
(ISPB)

Pr Christine VINCIGUERRA

Doyenne de l'UFR d'Odontologie

Pr Dominique SEUX

Directrice du département de Biologie Humaine

Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Directeur de l'UFR Sciences et Technologies

M. Fabien DE MARCHI

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives (STAPS)

M. Yanick VANPOULLE

Directeur de Polytech

Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières
Et Assurances (ISFA)

M. Nicolas LEBOISNE

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat
Et de l'Education (ESPé)

Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2019/2020

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gérontologie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation

TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique Brûlologie
CHARBTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIE	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gérontologie et biologie du Vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la Reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
RONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie

SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Neurologie
TRUY	Éric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA	Yesim	Hématologie ; transfusion
DARGAUD		
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique gynécologie médicale
COLLARDEAU	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
FRACHON		
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
DAVID	Jean-Stéphane	Clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DUBOURG	Laurence	Neurochirurgie
DUCLOS	Antoine	Physiologie
DUCRAY	François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FANTON	Laurent	Neurologie
GILLET	Yves	Médecine légale
GLEIZAL	Arnaud	Pédiatrie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
HENAINE	Roland	Néphrologie
HOT	Arnaud	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Médecine interne
JANIER	Marc	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JARRAUD	Sophie	Biophysique et médecine nucléaire
LESURTEL	Mickaël	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEVRERO	Massimo	Chirurgie générale
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MAUCORT BOULCH	Delphine	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MEWTON	Nathan	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEYRONET	David	Cardiologie
MILLION	Antoine	Anatomie et cytologie pathologiques
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
NATAF	Serge	Chirurgie générale
PERETTI	Noël	Cytologie et histologie
POULET	Emmanuel	Pédiatrie
RAY-COQUARD	Isabelle	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RHEIMS	Sylvain	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Neurologie
RIMMELÉ	Thomas	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
		Chirurgie digestive

ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAULT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
WATTEL	Éric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémiologie, histoire des sciences et technique
-------	---------	----------------------------------------------------

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
LAMBLIN	Géry	Médecine Palliative

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MARTIN	Xavier	Urologie
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la
----------	-------	------------------------------------------------

BRINGUIER	Pierre-Paul	Reproduction ; gynécologie médicale
CHALABREYSSE	Lara	Cytologie et histologie
GERMAIN	Michèle	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Pneumologie
LE BARS	Didier	Immunologie
NORMAND	Jean-Claude	Biophysique et médecine nucléaire
PERSAT	Florence	Médecine et santé au travail
PIATON	Éric	Parasitologie et mycologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Cytologie et histologie
STREICHENBERGER	Nathalie	Biophysique et médecine nucléaire
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Anatomie et cytologie pathologiques
		Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PHAN	Alice	Dermato-vénérérologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACOIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gérontologie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maître de Conférences

Classe normale

CHABOT	Hugues	Epistémiologie, histoire des sciences et techniques
DALIBERT	Lucie	Epistémiologie, histoire des sciences et techniques
LECHOPIER	Nicolas	Epistémiologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE Marc

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Laurent FANTON

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement théorique et pratique, que ce soit au sein de la faculté ou en stage au sein de l'Institut de Médecine Légale de Lyon.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Aux membres du Jury,

Madame la Professeure PERDRIX Corinne

Merci d'apporter votre concours à la présente thèse.

Soyez assurée de notre gratitude et de nos sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur Pierre-Éric SCHWARTZBROD

Merci d'apporter votre point de vue de médecin des forces, indispensable à la présente thèse.

Soyez assuré de notre gratitude et de nos sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur Remy MICHEL

Sans nous connaître, vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous sommes très honorés de votre présence dans notre jury.

Soyez assuré de notre respectueuse considération.

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur M. MAZEVET

Vous nous avez guidé et soutenu tout au long de ce travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos conseils et de votre enseignement.

Pour votre confiance et pour l'attention que vous nous avez portée, nous souhaitons vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Remerciements.

Au Médecin en Chef POMMIER de SANTI, pour son apport d'une valeur inestimable dans l'élaboration du questionnaire et l'analyse statistique des réponses.

A tout l'équipe du Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées pour la mise à disposition de ses données et leur soutien méthodologique tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale, et tout particulièrement le **Docteur PASQUALINI**, pour son regard et sa relecture sur notre travail.

Au Médecin en Chef COLLEYONI, pour son investissement dans la formation des internes, son écoute empathique, ses conseils avisés tout au long de l'internat.

A l'ensemble de l'équipe du Service des Urgences de l'HIA Desgenettes, et plus particulièrement le **Médecin en Chef RAMDANI** et le **Médecin en Chef DALZON**, pour leur accueil et leur soutien.

Au Médecin en Chef ZAGARI, l'Adjudant PEIGNAUD, et à l'ensemble de l'équipe de la 86^{ième} Antenne Médicale de Clermont-Ferrand pour leur accueil chaleureux au sein de la médecine des Forces.

A mes camarades de promotion pour leur amitié tout au long des années à la Boate, **Sabine, Marie-Cécile, Anne-Héloïse, Ines, Killian, Anne-Margaud tous les autres**

A toute ma famille tradi de la Boate, Alexis, Charles, Samuel, Benjamin, Marie et tous les autres les jeunes comme les anciens.

A tout l'équipe des Toubibs Fruits, Michel, Pierre, Amaury, Charles, pour tous les moments musicaux endiablés.

A l'ensemble de l'équipe de la pharmacie militaire, Eloi, Arthur, Antoine pour les séances vidéoludiques post-café essentielles à ma réussite universitaire.

Mention spéciale à **Wilfried** mon coturne lors des années à la Boate, complice à de nombreuses occasions et qui aura su me supporter tout ce temps

A mes co-internes de l'HIA Desgenettes, **Marien, Victoria, Laura, Marine, Solène**

A ma mère, Marie-Noëlle, dont la ténacité et le soutien continu et indéfectible m'aura porté vers les sommets. Merci de m'avoir toujours poussé en avant, d'avoir cru en moi quand je me suis orienté vers la médecine militaire, de m'avoir donné toutes les clés pour faire ce qui me plaît dans la vie.

A mon père Jean-Claude, qui aura été là dans tous les instants de ces longues études pour m'aider, me conseiller et me soutenir dans les bons et les mauvais moments. Des colis sanitaires avec fromage et saucisson durant la première année jusqu'à la pension complète à la campagne pour préparer les ECN studieusement.

A ma belle-mère Corine pour son affection et son soutien tout au long de ces années, la correspondance à sens unique qui fut la bienvenue lors de la première année, je n'ai répondu mais le cœur y était, tout comme tu fus présente au cours de l'internat. Merci également pour ta relecture orthographique et grammaticale.

A mon frère Rémi pour tous ces instants de fraternité qui me sont chers dans l'effort de la musculation ou le relâchement d'une boisson houblonnée.

A ma compagne Clémentine pour ton affection et ton soutien lors des ECN et de l'internat, qu'il soit psychologique ou nutritionnel.

Au club des lieutenant du 92^{ième} Régiment d'Infanterie de Clermont-Ferrand pour leur accueil et leur bienveillance.

A l'ensemble du CESA Tir du 92^{ième} Régiment d'Infanterie et tout particulièrement son président Damien, pour m'avoir enseigné l'élégance, et le tir sur sac de sable.

A tous mes amis de tous horizons et de tous bords dont le torrent de la vie m'aura rapproché puis éloigné sans jamais les oublier. Les amis d'enfance **Thomas, Loïc, Maxime** et ceux rencontrés plus tard, **Maeva, Galadrielle, Antoine, Anouchka**.

A toute celles et ceux que j'oublie de citer, mais qui n'en sont pas moins importants à mes yeux.

A la mémoire de Pierre BILA
18/08/1957 – 04/04/2020
Merci pour tout

Abréviations

ADN : Acide désoxyribonucléique

AVP : Accident de la voie publique

CESPA : Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées

CMA : Centre médicaux des Armées

CMIA : Centre médicaux Interarmées

DFASM (Diplôme de formation approfondie en sciences médicales)

DIU : Diplôme inter-universitaire.

DU : Diplôme universitaire

EAU : Emirats Arabes Unis

ESAR : Exposition sexuelle à Risque

HIA : Hôpital d'instruction des Armées

IED : Improved Explosive Device (En Français : Engin Explosif Improvisé)

IML : Institut Médico-Légal

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IRCGN : Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale

MCD : Mission de Courte durée

MDO : Maladies à déclaration obligatoire

OML : Obstacle Médico-Légal

OPEX : Opération Extérieure

RCA : République de Centrafrique

RCI : République de Côte d'Ivoire

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SEA : Surveillance Epidémiologique des Armées

SLF : Séjour Longue Durée

SSA : Service de santé des Armées

UMJ : Unités Médico-Judiciaires

SOMMAIRE

1) INTRODUCTION

1.1) La médecine légale : définition et généralités

1.1.1) Définition de la médecine légale

1.1.2) Organisation de la justice en France et champs d'intervention du médecin légiste

1.2) La médecine légale : propositions pour une amélioration et une standardisation des pratiques

1.2.1) Les recommandations européennes de 1999

1.2.2) Les recommandations du Conseil Européen de Médecine Légale

1.2.3) Du rapport Jarde aux arrêtés de 2010 avec répartition des structures en IML et UMJ

1.3) Médecine légale et armée

1.3.1) Enseignement de la médecine légale dans le cadre du DES de médecine générale et de la formation médico-militaire

1.3.2) Organisation médico-légale militaire en France

1.3.3) L'obstacle médico-légal et les spécificités liées au milieu militaire

1.4) Cartographie quantitative des situations relevant de compétences médico-légales du médecin militaire par étude des données du CESPA

1.5) Discussion de l'étude préliminaire et justification de l'étude

2) MATERIELS ET METHODES

2.1) Type et objectifs de l'étude

2.2) Population source de l'étude

2.3) Protocole de l'étude

2.4) Analyses statistiques

2.5) Validation éthique

3) RESULTATS

3.1) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

3.2) Formations et expériences préalables dans le domaine médico-légal

3.3) Situations rencontrées relevant de compétences médico-légales

3.4) Pratiques médico-légales

3.4.1) Médecine légale du sujet vivant

3.4.2) Médecine légale du sujet décédé

3.5) Recueil d'opinions sur des propositions en matière d'amélioration des pratiques

3.6) Espace d'expression libre : Synthèse des principales idées apportées

4) DISCUSSION

4.1) Formation initiale et expérience médico-légale des médecins militaires

4.2) Conformité de la pratique des médecins militaires aux référentiels opposables de médecine légale

4.2.1) Le constat d'examen d'une victime d'agression

4.2.2) Le constat d'examen d'une victime d'agression sexuelle

4.2.3) Le constat de décès

4.3) Forces et faiblesses de l'étude

4.4) Nécessité d'une amélioration de la pratique médico-légale militaire

4.5) Propositions d'axes d'amélioration

4.5.1) Formation initiale et continue des praticiens

4.5.2) Crédit et mise à disposition de fiches pratiques sur certains actes médico-légaux

4.5.3) Nouvelle organisation de la médecine légale militaire

5) CONCLUSION

6) BIBLIOGRAPHIE

7) ANNEXES

1)INTRODUCTION

1.1) La médecine légale : définition et généralités

1.1.1) Définition de la médecine légale

La médecine légale est définie dans le dictionnaire de l'Académie nationale de médecine comme « la discipline qui étudie les rapports entre toute situation médicale et la loi ou la justice et les conséquences médicales de l'application des lois. » (1)

De façon plus pratique, il s'agit de la branche de la médecine ayant pour objet d'aider la justice pénale, civile ou administrative à établir la vérité sur des faits donnés. Si la médecine légale est actuellement une spécialité médicale, tout médecin peut être requis pour remplir ce rôle de collaborateur de la justice, et cela selon diverses modalités.

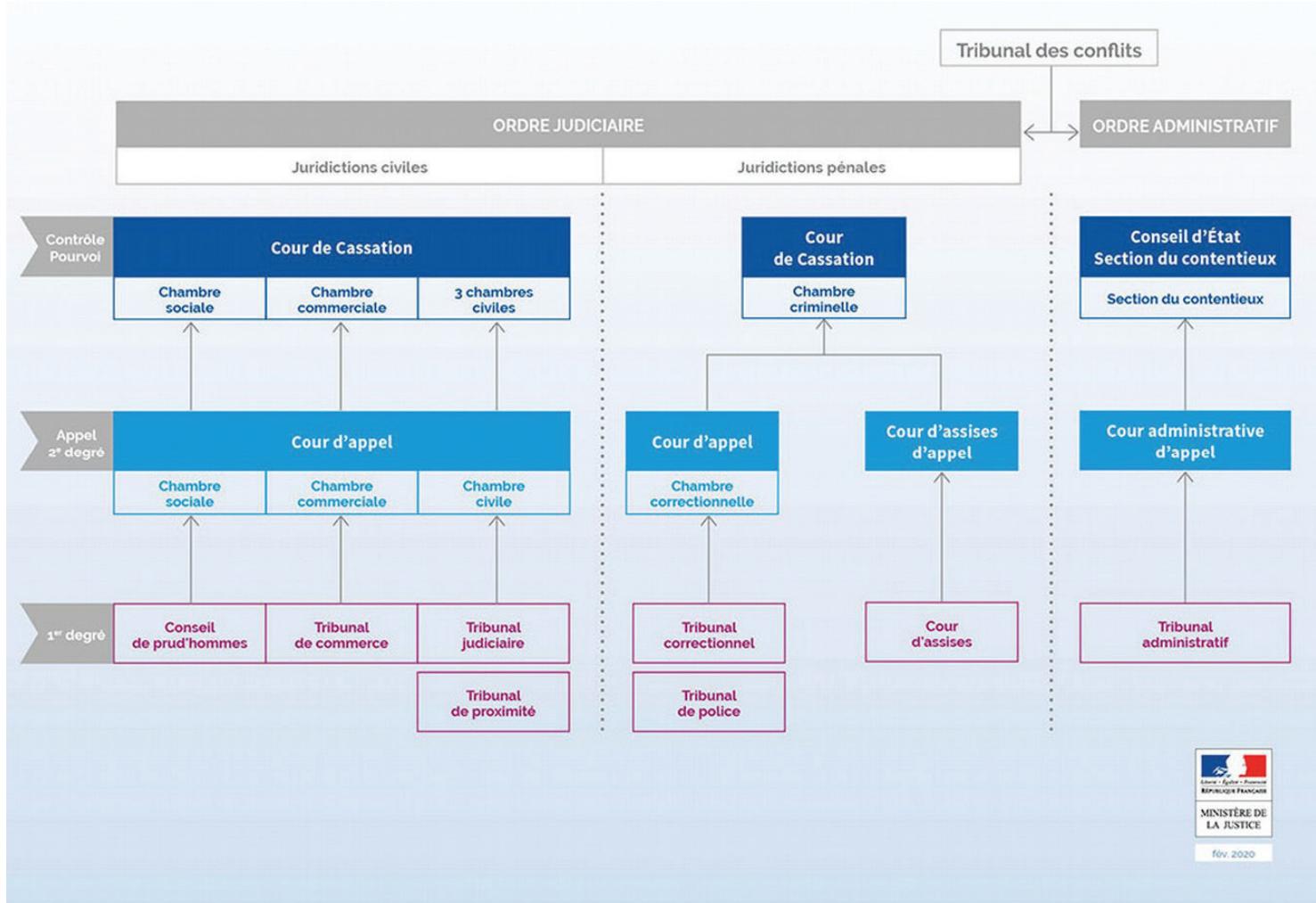
1.1.2) Organisation de la justice en France et champs d'intervention du médecin légiste.

En France la justice s'articule autour de deux ordres :

- L'ordre administratif qui traite les affaires opposant les pouvoirs publics et les citoyens.
- L'ordre judiciaire qui se subdivise en juridictions civiles et juridictions pénales :
 - La justice civile traite les litiges entre les personnes privées.
 - La justice pénale traite les atteintes aux personnes, aux biens et à la société.

Dans chacun de ces ordres, les juridictions sont organisées en juridictions de 1^{er} degré, d'appel (ou 2^{ème} degré) et de contrôle (ou pourvoi).

En cas de litige de compétences entre les deux ordres, il existe un tribunal des conflits en charge d'arbitrer.



Organisation de la Justice française

A la demande de ces juridictions le médecin, qu'il soit légiste ou non, peut intervenir à plusieurs égards :

- Dans le cadre de la justice civile ou administrative, il peut être amené à évaluer le dommage corporel d'une victime en vue de son indemnisation.
- Dans le cadre de la justice pénale, il apporte son concours à la justice :
 - Lors de la rédaction de certificats de décès, en mettant en place, dans le cas de mort violente, suspecte ou encore de cause indéterminée, un obstacle médico-légal.
 - En réalisant des examens médicaux sur réquisition judiciaire : examen de victime de violence, de personne placée en garde à vue.
 - En réalisant des examens paramédicaux sur réquisition : prélèvements biologiques en vue de recherche d'alcool ou encore de stupéfiants.
 - En pratiquant des actes spécialisés dans le cas des médecins légistes, et notamment les autopsies médico-légales.

1.2) La médecine légale : propositions pour une amélioration et une standardisation des pratiques

1.2.1) Les recommandations européennes de 1999

Il existe des recommandations de bonnes pratiques en médecine légale : les recommandations européennes relatives à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale, adoptées le 2 février 1999 par le Comité des Ministres (2). Il s'agit de recommandations (et non de directives) qui à ce jour n'ont pas été retranscrites dans le droit français.

Elles définissent des règles de bonnes pratiques à adopter dans les décès où une autopsie est requise, à savoir, les cas de mort non naturelle évidente ou suspectée, définis comme les cas suivants :

- Homicide ou suspicion d'homicide.
- Mort subite inattendue, y compris la mort subite du nourrisson (en France on parle de mort inattendue du nourrisson de moins de 2 ans). (3)
- Violation des droits de l'homme, telle que la suspicion de torture ou de toute autre forme de mauvais traitements.
- Suicide ou suspicion de suicide.
- Suspicion de faute médicale.
- Accident de transport, de travail, ou domestique.
- Maladie professionnelle.
- Catastrophe naturelle ou technologique.
- Décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires.
- Corps non identifié ou restes squelettiques.

Les recommandations émises s'articulent selon six grands principes auxquels s'ajoutent en annexe des procédures particulières. N'ayant pas été revues depuis 1999, ces recommandations peuvent présenter certains points d'obsolescence eu égard aux données acquises de la science. Ces dernières recommandations sont reprises intégralement en annexe [Annexe 9]. Les recommandations sont regroupées selon 6 grands principes brièvement résumés ci-dessous :

Principe 1 : Examen des lieux

Cette partie précise qu'il est recommandé qu'un médecin légiste se rende sur les lieux sans délai, ce qui requiert une structure de coordination adéquate entre toutes les personnes concernées. Il est également précisé les tâches qui incombent à ce dernier.

Principe 2 : Médecins chargés de l'autopsie

Les recommandations précisent que les autopsies médico-légales devraient être pratiquées par deux médecins, dont l'un au moins devrait être médecin légiste.

Principe 3 : Identification

D'après les recommandations, l'identification devrait être faite conformément au "guide INTERPOL sur l'identification des victimes de catastrophe", publié en 1984 guide INTERPOL sur l'identification des victimes de catastrophe et mis à jour en 2018 (4).

Principe 4 : Considération générales

Cette partie précise les tâches à réaliser en amont de l'autopsie.

Principe 5 : Procédure de l'autopsie

On précise la procédure de l'autopsie, l'examen externe puis interne et l'utilisation de techniques spécialisées

Principe 6 : Rapport d'autopsie

Cette partie détaille les règles de rédaction du rapport d'autopsie.

1.2.2) Les recommandations du Conseil Européen de Médecine Légale

Dans la continuité de la démarche qualité initiée par la recommandation R(99)3, le Conseil Européen de Médecine Légale a mis en place une procédure d'accréditation pour les structures réalisant des autopsies médico-légales. (5)

Ces critères permettent principalement de définir des standards répartis selon huit chapitres :

Chapitre 1 : Principes généraux :

Ce chapitre définit un cahier des charges que devrait remplir une structure pratiquant des autopsies, en matière d'installations, de sécurité du site et de maintenance.

Chapitre 2 : Investigations :

Ces critères décrivent les moyens d'identification dont devrait disposer la structure et la disponibilité d'un médecin légiste d'astreinte en permanence.

Chapitre 3 : Opérations mortuaires :

Il est décrit dans ce chapitre les conditions de transport et de stockage des corps. Sont également décrites les caractéristiques d'une salle d'autopsie, des installations d'imagerie post-mortem, les conditions de l'examen post mortem, les modalités de recueil et de stockage des preuves et échantillons.

Chapitre 4 : Histologie :

On y décrit les installations et les pratiques en matière d'histologie nécessaires pour la structure.

Chapitre 5 : Toxicologie :

On y décrit les installations et les pratiques en matière de toxicologie nécessaires pour la structure.

Chapitre 6 : Rédaction et conservation des rapports.

Il est décrit les procédures d'écriture des rapports, la prise de photographies à but médico-légal et le stockage des rapports.

Chapitre 7 : Personnels.

Il est décrit les différentes catégories de personnel dont devrait disposer la structure ainsi que la surveillance médicale de ces derniers.

Chapitre 8 : Services de soutien et collaboration

Il est question de la collaboration avec des laboratoires spécialisés (laboratoire de microbiologie, biochimie, génétique) ainsi que de la collaboration avec des consultants experts.

1.2.3) Du rapport Jarde aux arrêtés de 2010 portant sur la cartographie des structures compétentes dans le domaine de la médecine légale : Institut Médico-Légal et Unité Médico-Judiciaire.

Paru en décembre 2010, le rapport du parlementaire Olivier JARDE, professeur de médecine légale, à destination du premier ministre, sur l'état de l'activité de médecine légale en France, pointe certains dysfonctionnements (6). Le principal est une très grande hétérogénéité des situations sur le territoire national, certaines zones disposant de toutes les prestations pour les autorités judiciaires et d'autres seulement d'une partie des prestations, faute d'effectif.

Il existe également certaines situations où l'autorité judiciaire n'a d'autres ressources que de confier à des médecins généralistes sans formation spécifique, le soin des levées de corps et des examens de corps.

Ce dernier rapport précise un certain nombre de propositions selon différents axes :

- La reconnaissance de la médecine légale comme mission de service public, auxiliaire de la mission de service public de la justice.

- La mise en place d'une organisation à deux niveaux avec :

- Un réseau de proximité implanté de façon à couvrir tout le territoire, permettant la disponibilité de moyens pour des interventions rapides (levée de corps, examen de victimes de violences).

- Un réseau limité de centres pour la pratique de la thanatologie de façon à concentrer cette activité dans les zones disposant d'un plateau technique satisfaisant.

- La mise en place de réseaux de recherche inter-régionaux au sein de la discipline.

- La mise en place de conventions types entre les autorités judiciaires et sanitaires organisant leur fonctionnement.

- La mise en place dans le code de procédure pénale d'un engagement des autorités judiciaires à recourir prioritairement aux structures créées pour toutes les missions qu'elles sont en mesure d'accomplir.

Depuis le 28 décembre 2010 le nouveau schéma directeur de la médecine légale ayant pris en compte les recommandations du rapport Jardé précise que désormais, l'activité de médecine légale se tient dans des structures dédiées à cette activité (7) :

-Pour la thanatologie, les structures sont appelées instituts médico-légaux (IML).

-En ce qui concerne la médecine légale du vivant, il existe des structures spécifiques appelées unités médico-judiciaires (UMJ), qui réalisent les constatations de coups et blessures, d'agressions sexuelles mais aussi les examens médicaux des personnes en garde à vue. Ces structures assurent également des missions de levées de corps.

Chacune de ces structures est rattachée à une ou plusieurs juridictions et est désormais destinataire des réquisitions judiciaires aux fins de levée de corps, d'autopsie, d'examen de victime ou d'examen de personnes en garde à vue.

Cette réforme modifie également le financement de la médecine légale qui n'est plus rémunérée à l'acte mais par le biais de dotations budgétaires et annuelles allouées à chaque IML ou UMJ.

Quelques exceptions à ces principes existent notamment :

- L'IML de Paris est un établissement rattaché, d'un point de vue organique, à la préfecture de police de Paris et possède un statut particulier. Les réquisitions sont directement adressées aux médecins exerçant dans la structure et le financement se fait à l'acte.

- L'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale (IRCGN) constitue une structure de thanatologie à statut particulier dans le nouveau schéma directeur de la médecine légale. En raison de ses capacités propres, toute juridiction du territoire national peut avoir recours aux médecins légistes de l'IRCGN pour réaliser des autopsies judiciaires à la suite de catastrophes avec un nombre important de victimes. En outre, il importe de requérir les médecins légistes de l'IRCGN pour réaliser les autopsies des militaires en service, à l'étranger comme sur le territoire national.

1.3) Médecine légale et Armées

1.3.1) Enseignement de la médecine légale dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine générale et de la formation médico-militaire.

En France, l'enseignement de la médecine légale est dispensé au sein des facultés de médecine au cours du second cycle des études médicales appelé DFASM (Diplôme de formation approfondie en sciences médicales) essentiellement par le biais de cours magistraux. Chaque faculté a donc la charge d'organiser et de mettre en œuvre cet enseignement qui s'inscrit dans le cadre de l'unité d'enseignement « apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » (8). Le volume horaire dédié à la médecine légale peut être variable en fonction des établissements.

En sus de cet enseignement de tronc commun, il existe au cours de ce second cycle d'étude médicale la possibilité de suivre dans le cadre d'unités d'enseignement optionnelles des cours axés sur les problématiques médico-légales.

Par la suite, lors du troisième cycle d'études médicales, il est possible de participer à des ateliers de formation dont certains abordent des thématiques en lien avec la médecine légale. Ces ateliers ne revêtent aucun caractère obligatoire.

Sur le plan militaire il n'existe pas de formation spécifique à la médecine légale lors de la formation des futurs médecins à l'École de Santé des Armées de Lyon. Lors de leur passage à l'École du Val-de-Grâce au cours de l'internat, les futurs médecins militaires bénéficient de modules de formation dont certains traitent de problématiques médico-légales.

1.3.2) Organisation de la médecine légale au sein des Armées

En France, le Service de Santé des Armées ne dispose pas de structure médico-légale dédiée. L'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale, et plus précisément son département de médecine légale et odontologie est compétent notamment pour toutes les procédures impliquant des militaires, tant pour les décès à l'étranger que sur le territoire métropolitain.

Ce département, composé de trois unités distinctes, remplit des missions au profit de la justice comme des armées :

-L'unité d'expertise odontologique réalise des dossiers d'identification par l'étude de la denture, de vieillissement de visage à partir de photographies et enfin de morpho-analyse de traces de morsures humaines.

-L'unité d'expertise de médecine légale réalise des missions de thanatologie (imagerie post-mortem, examen de corps et autopsie), des missions d'expertises médico-judiciaires (synthèse médico-légale sur pièces, expertises conjointes avec d'autres départements de l'Institut), et enfin des missions délocalisées (assistance à des reconstitutions judiciaires ou autopsies en Corse ou à Mayotte par exemple).

- L'unité d'expertise anthropologie étudie, en collaboration avec l'unité de médecine légale, des corps dégradés voire squelettisés, en vue d'une éventuelle identification et de recherche des causes et mécanismes du décès.

À ce jour la prise en charge médico-légale des militaires décédés en service se divise en 3 cas :

- Cas 1 : un obstacle médico-légal a été posé par le médecin ayant constaté le décès, et la section C3, responsable des affaires militaires du tribunal judiciaire de Paris est saisie. Dans ce cas le recours à l'IRCGN est systématique. Le corps est placé sous scellé par les enquêteurs et rapatrié à l'IRCGN pour un examen thanatologique.
- Cas 2 : un obstacle médico-légal a été posé par le médecin ayant constaté le décès, et le parquet local est saisi (la section C3 du tribunal judiciaire de Paris n'étant pas compétente pour l'ensemble du territoire métropolitain). Dans ce cas, les expertises médico-légales sont réalisées au sein de l'IML de proximité, sans saisine d'un médecin légiste de l'IRCGN.

- Cas 3 : aucun obstacle médico-légal n'a été posé par le médecin ayant constaté le décès. Dans ce cas, un examen de corps est réalisé par un médecin militaire (non légiste) uniquement pour les décès en opération extérieure et sauf cas particuliers.

Au total, il n'apparaît pas possible en l'état actuel des choses d'avoir un registre médico-légal précis pour l'ensemble des militaires décédés en service. En effet, seuls les cas judicarisés par la section C3 du tribunal judiciaire de Paris sont examinés par les médecins légistes de l'IRCGN.

1.3.3) L'obstacle médico-légal et les spécificités liées au milieu militaire.

Lorsqu'un médecin constate un décès il doit remplir un certificat de décès, et lorsqu'il y a lieu de le faire, poser un obstacle médico-légal à l'inhumation en cochant la case dédiée. Il n'existe pas à ce jour de définition univoque et consensuelle de l'obstacle médico-légal mais un ensemble de recommandations émanant de différentes sources :

- Comme vu plus haut la recommandation européenne R(99)3 précise de manière exhaustive les situations où une autopsie doit être conduite, et *de facto* où un obstacle médico-légal devrait êtreposé.
- En droit français, l'article 81 du code civil précise que :

"Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée." (9)

- L'Ordre national des médecins a précisé en 1999 dans un bulletin une liste des cas requérant un obstacle médico-légal (10) à savoir :

- Mort violente criminelle ou suspecte.
- Mort engageant une responsabilité (accident de la circulation, exercice médical).
- Mort mettant en jeu une législation particulière (accident du travail, maladies professionnelles, pensions militaires).
- Mort subite de l'adulte ou de l'enfant.

Également, l'article 74 du code de procédure pénale indique que : "*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.*" (11)

Dans ces circonstances, les articles 77-1 relatif à l'enquête préliminaire et l'article 60 relatif à l'enquête de flagrance du code de procédure pénale se rejoignent sur le fait que : "*S'il y a lieu de procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques, l'officier de police judiciaire ou, sous le contrôle de ce dernier, l'agent de police judiciaire a recours à toutes personnes qualifiées.*" (12) (13)

Cependant dans le cadre des armées et des actions militaires il existe une législation spécifique via le Code de justice militaire, dont l'article L212-22 dispose qu'en temps de guerre :

"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 l'autorité militaire exerçant les pouvoirs judiciaires, se transporte sans délai sur les lieux et procède aux premières constatations.

L'autorité militaire exerçant les pouvoirs judiciaires ou le commissaire du Gouvernement par elle délégué se rend sur place s'il le juge nécessaire et se fait assister de personnes capables d'apprécier la nature des circonstances du décès. Il peut, toutefois, déléguer aux mêmes fins un officier de police judiciaire de son choix." (14)

Parallèlement aux articles précédemment cités, et pour éviter une judiciarisation du champ de bataille, ce même code de justice militaire précise dans son article L211-7 qu'en temps de paix :

"Est présumée ne pas avoir une cause inconnue ou suspecte la mort violente d'un militaire au cours d'une action de combat se déroulant dans le cadre d'une opération militaire hors du territoire de la République." (15)

Par conséquent le décès d'un militaire au cours d'une action militaire lors d'une opération extérieure (OPEX) n'est pas considéré à ce jour comme une mort suspecte et ne devrait pas amener le médecin à poser systématiquement un obstacle médico-légal, en cochant la case sur le formulaire de constat de décès qu'il remplit. Néanmoins un examen systématique des corps et une réflexion doivent être conduits, car une action de combat peut masquer une autre cause de décès pouvant notamment impliquer un tiers

1.4) Cartographie quantitative des situations relevant de compétences médico-légales du médecin militaire par l'étude des données du Centre d'épidémiologie de la santé publique des armées.

1. Panels des situations nécessitant des connaissances médico-légales de la part du praticien.

Prenant en compte le cadre spécifique de la pratique médicale militaire, il est décrit ci-après les situations pouvant se présenter lors d'opérations extérieures, mais aussi d'activités en métropole ou hors métropole (force de présence et outre-mer) d'un praticien militaire. L'activité médicale hors cadre militaire, comme par exemple lors de gardes hospitalières en milieu civil, est exclue de l'étude.

On retrouve ainsi les typologies suivantes de situations auxquelles un médecin militaire peut être confronté (liste non exhaustive) :

- Accidents de tout type.
- Homicide volontaire ou involontaire.
- Décès au combat.
- Suicide du militaire dans son unité.
- Expertise de victime de mauvais traitements.
- Expertise en situation de catastrophe.
- Victimes de violences.
- Réalisation de prélèvements sur réquisition.

Concernant les constatations médico-légales, on en distingue deux types impliquant un certain nombre de savoir-faire :

1) Constatations réalisées sur un sujet décédé avec :

- Rédaction du certificat de décès et éventuelle mise en place d'un obstacle médico-légal.
- Levée de corps, c'est à dire un examen du corps dans son environnement.
- Examen de corps.
- Prélèvements sur cadavre.
- Identification de victimes de catastrophe.

Ces différentes actions et notamment les 2^{ème} et 3^{ème} de cette liste ont pour objectif de répondre à d'importantes questions :

- Existe-t-il des éléments d'identification du cadavre ? (Cicatrices, tatouages, déformation ?)

- Quelles sont les causes et mécanismes du décès ?
- Quel est le délai post-mortem ? (C'est à dire le délai écoulé entre le décès et la découverte d'un cadavre)
 - Y a-t-il eu l'intervention d'un tiers ?
 - *In fine*, quel est le diagnostic médico-légal du décès (mort naturelle, mort accidentelle, suicide, homicide, cause indéterminée) ?

2) Constatations réalisées sur sujet vivant avec :

- Constatation de blessure dans le cadre d'expertises pour l'évaluation du dommage corporel (expertise Brugnot, expertise Badinter).
- Constatation de blessure chez une victime de violences à sa demande ou sur réquisition judiciaire (dont constatation chez les victimes d'agressions sexuelles).
- Prélèvements sur une victime vivante.

2. Surveillance épidémiologique dans les armées.

Le Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA) a pour mission de mettre en œuvre la politique du SSA en matière d'épidémiologie, de santé publique et de veille sanitaire. Au sein du CESPA, l'unité de surveillance épidémiologique a pour mission d'assurer la surveillance de l'état de santé de l'ensemble des militaires, stationnés en France métropolitaine, en outre-mer ou à l'étranger dans le cadre de forces de présence ou d'opérations extérieures. Cette surveillance est réalisée à travers le suivi d'une soixantaine d'événements de santé déclarés par l'ensemble des centres médicaux des armées (CMA), des centres médicaux interarmées (CMIA), des unités médicales opérationnelles, des services médicaux de la marine et des services des hôpitaux d'instruction des armées (HIA). Le CESPA collecte et analyse les données afin d'assurer une meilleure connaissance des événements de santé, de fournir une rétro-information ou de diriger des enquêtes.

La surveillance épidémiologique se définit comme le recueil systématique et continu d'informations concernant des événements de santé déterminés, puis leur analyse, leur interprétation ainsi que leur diffusion à tous ceux qui ont besoin d'être informés. Ses objectifs sont au nombre de quatre : estimer l'importance épidémiologique des affections surveillées, identifier les situations nécessitant une intervention urgente, évaluer les actions de prévention entreprises, identifier et orienter des axes de recherche.

Dans les armées, la surveillance épidémiologique est régie par l'Instruction ministérielle 1000 /DEF/DCSSA/AST/TEC/2 du 8 novembre 2001, relative à la surveillance épidémiologique dans les armées, et par les Circulaires ministrielles afférentes mises à jour annuellement. La stratégie de

surveillance épidémiologique est exhaustive grâce à la participation de l'ensemble des acteurs du Service de santé : tous les centres médicaux des armées et leurs antennes médicales y participent, ainsi que l'ensemble des hôpitaux d'instruction des armées (HIA). Elle est également sélective sur les événements de santé : une soixantaine d'événements dont les maladies à déclaration obligatoire (MDO) au niveau national est concerné. Les praticiens des armées sont le pivot de la surveillance épidémiologique.

La déclaration des événements sous surveillance se fait selon 3 procédures : le message d'alerte, le message épidémiologique hebdomadaire (MEH) et la fiche spécifique de déclaration (FSD), équivalent des fiches de maladie à déclaration obligatoire en France.

A partir de cette surveillance épidémiologique nous avons réalisé une étude préliminaire visant à évaluer le volume et la fréquence des situations relevant de compétences médico-légales au sein des armées, cela dans le but d'avoir une première image avant élaboration du questionnaire de notre étude.

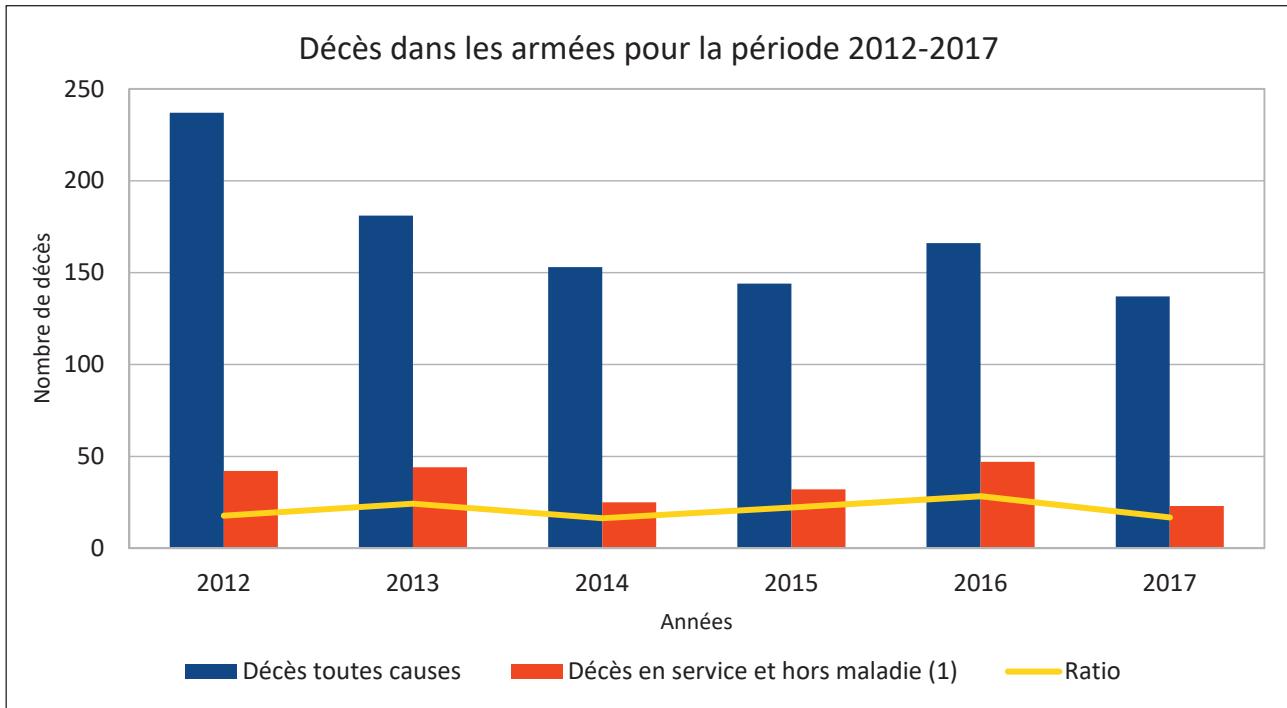
3. Critères de déclaration à la Surveillance Épidémiologique des Armées (SEA) des événements d'intérêt dans l'étude préliminaire.

Nous avons examiné par le biais de cette surveillance épidémiologique les événements de santé pour lesquels des connaissances médico-légales seraient souhaitables et/ou nécessaires, pour la période 2012-2017 :

- **Le décès** : dans cette étude, seul les décès survenus en service et à l'exclusion des décès par maladie ont été inclus de façon à retenir les décès pouvant impliquer des considérations médico-légales.
- **Les expositions sexuelles à risque** : dans cette étude, seules les expositions à risque avec un rapport sexuel forcé réceptif ou non ont été incluses.
- **Les blessures par armes à feu ou engin explosif** : dans cette étude, seuls les cas de blessures physiques survenues en service ont été inclus.
- **Les troubles psychiques en relation avec un évènement traumatisant.**

4.Résultats

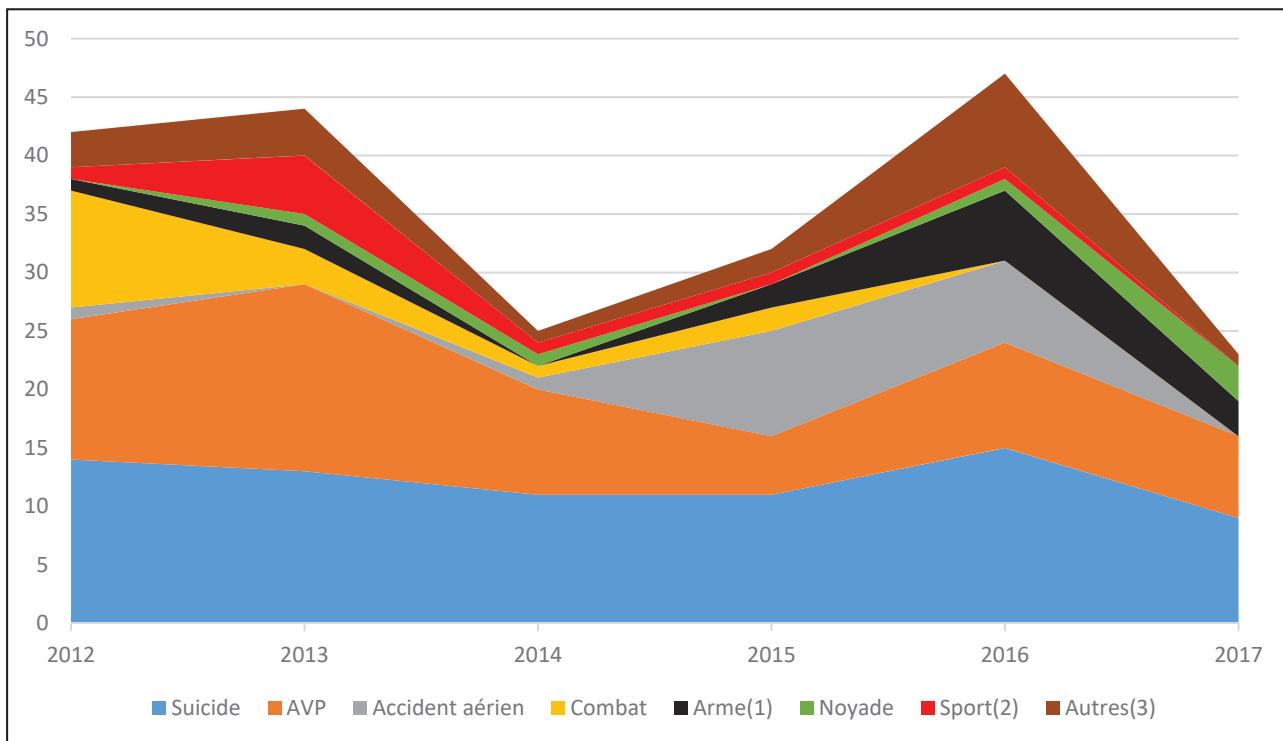
- Décès



(1) Données du SSA non consolidées par croisement avec celles du Service des pensions des armées ; Décès avec une cause violente pouvant nécessiter une expertise médico-légale (par accident, blessures par arme à feu, suicide...)

Figure 1 : Nombre des décès chez les militaires français, de 2012 à 2017 (Source : surveillance épidémiologique des armées).

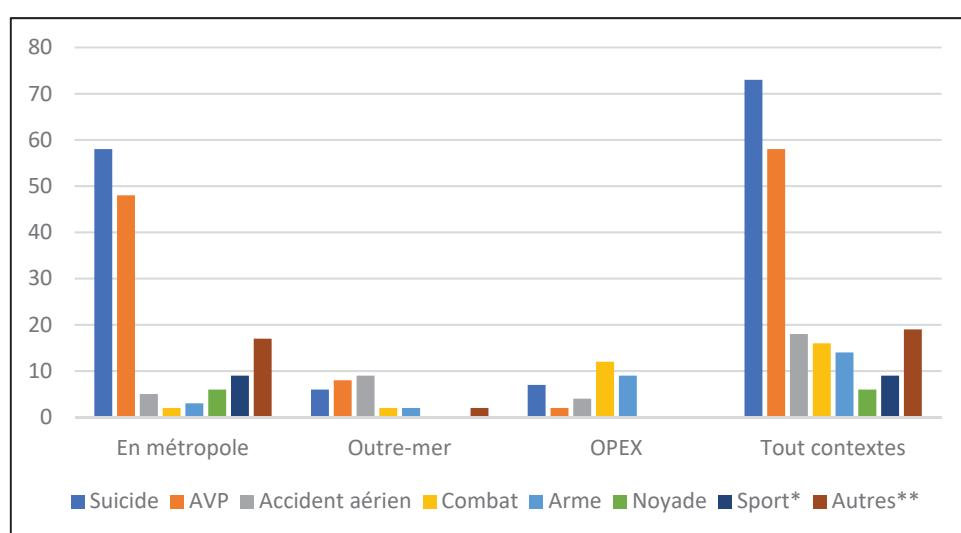
La surveillance épidémiologique des décès de militaires pour la période 2012-2017 est présentée en figure 1. On constate notamment que la proportion de décès pouvant impliquer des expertises médico-légales est stable sur la période de l'étude avec une moyenne estimée à 20,95%. On peut donc approximer sur la base de ces données qu'environ un décès sur cinq dans les armées est susceptible de requérir une expertise médico-légale.



(1) Incidents impliquant des armes à feu hors action de combat (2) Hors natation (3) Avalanche, accident de plongée, chutes, saut en parachute, mort subite etc...

Figure 2 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon les circonstances et l'année de survenue (N=213, 2012-2017)

En ce qui concerne la distribution des causes de décès hors maladie et dans le cadre du service, en fonction du temps, elle est résumée dans la figure 2 ci-dessus. On observe une part importante de situations en rapport avec des suicides ou des accidents de la voie publiques.



* Hors natation ** Avalanche, accident de plongée, chutes, saut en parachute, mort subite etc...

Figure 3 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon le lieu et le contexte de survenue (N=213, 2012-2017).

La distribution des décès hors maladie et en service selon le lieu et le contexte est exposée en figure 3. Elle nous permet de constater une répartition variable de ses dernières.

En OPEX la principale cause est une action de combat, suivie des incidents impliquant des armes à feu hors combat puis des suicides.

En métropole la répartition est différente avec une nette prédominance des suicides puis des accidents de la voie publique (AVP). A noter que la surveillance épidémiologique réalisée durant la période de l'étude objective deux décès en mer par suicide.

En outre-mer, les trois principales causes de décès sont dans l'ordre : les accidents aériens, les AVP et enfin les suicides.

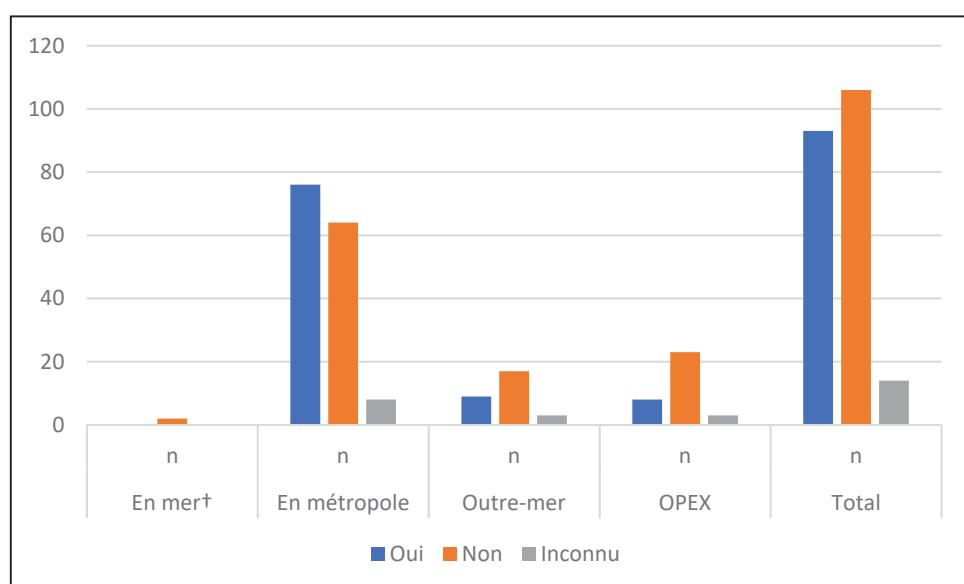
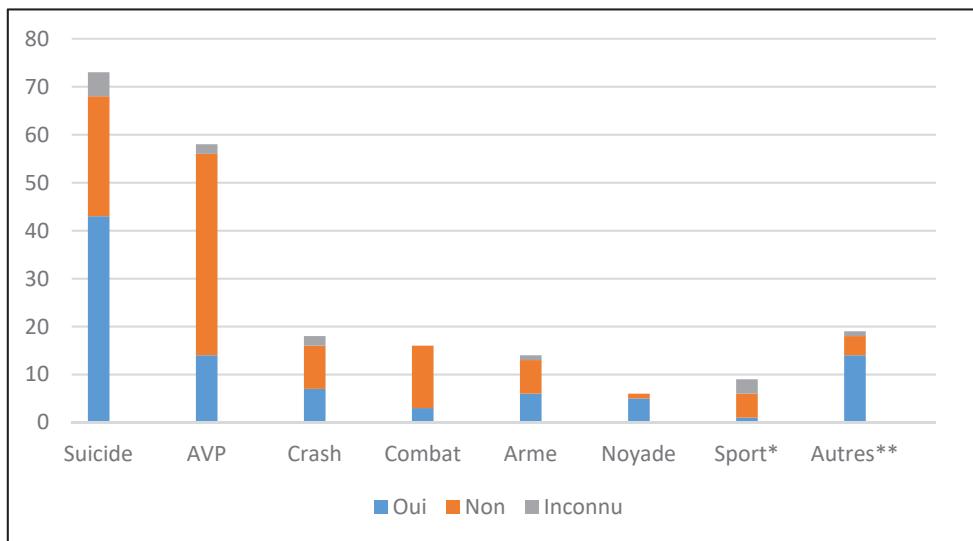


Figure 4 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon le territoire de survenue et la réalisation ou non d'une autopsie (N=213, 2012-2017).

La figure 4 étudie la proportion de décès suivi de la réalisation d'une autopsie médico-légale. Cela permet d'approcher la proportion de décès judiciarés, l'autopsie pouvant être requise dans les décès avec présence d'un obstacle médico-légal. On remarque que sur la durée de l'étude, la proportion de décès ayant donné lieu à une autopsie est de 43,7%, tous contextes confondus. On peut donc conclure qu'une proportion non négligeable de décès dans les armées est susceptible d'entraîner une procédure judiciaire.



* Hors natation ** Avalanche, accident de plongée, chutes, saut en parachute, mort subite etc...

Figure 5 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon les circonstances et la réalisation ou non d'une autopsie (N=213, 2012-2017).

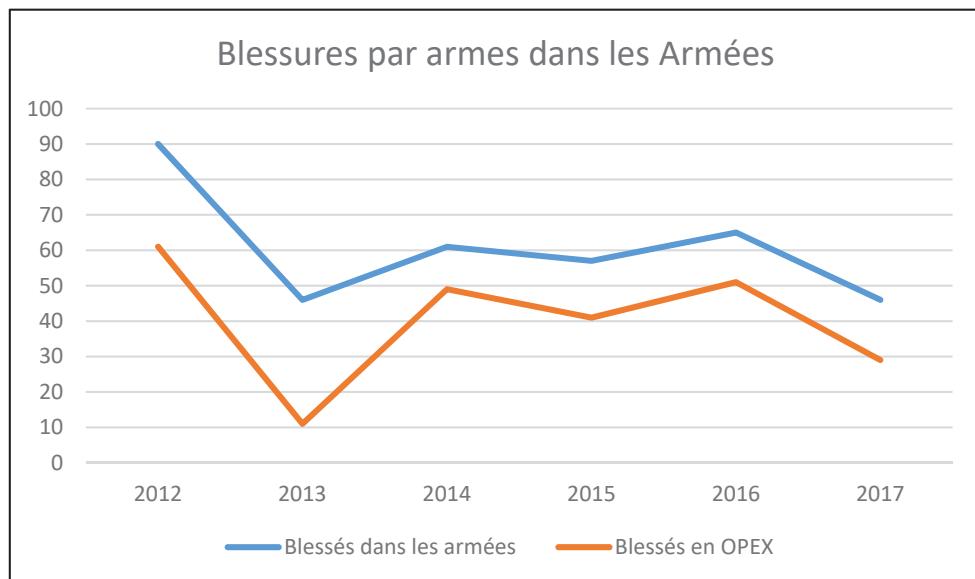
Cette distribution montre que la cause de décès la plus judiciarisée d'un point de vue quantitatif serait le suicide, avec sur la période de l'étude 43 décès ayant donné lieu à une autopsie. Le suicide est également la seconde cause de décès la plus judiciarisée en termes de proportion avec une autopsie pratiquée dans 58,9% des cas. Dans cette situation, le praticien, les enquêteurs et les magistrats ont en effet à l'idée d'exclure l'éventuelle intervention d'un tiers dans le décès.

En termes de proportion, la cause la plus judiciarisée est la noyade avec une autopsie pratiquée dans 83,3% des décès par noyade. Cela ne paraît pas surprenant tant la situation médico-légale de la découverte d'un corps dans l'eau est l'une des plus complexes de la discipline. On peut cependant pondérer ce chiffre au vu du faible effectif dans cette catégorie avec, sur la période de l'étude, 6 décès constatés.

- Expositions sexuelles à risque (ESAR)

Au total 13 rapports sexuels forcés ont été déclarés à la surveillance entre 2012 et 2017 dans le cadre de la prise en charge d'ESAR. Il s'agissait de 6 femmes militaires déclarées agressées sexuellement (5 rapports avec pénétration vaginale et 1 avec pénétration anale), et 7 hommes (dont 2 par d'autres hommes et 5 rapports forcés avec des femmes.).

- Blessures par armes à feu ou engins explosifs



NB : Depuis 2016, la surveillance épidémiologique a été étendue aux blessures par armes blanches

Figure 6 : Nombre de militaires français blessés par armes ou engins explosifs dans les armées, selon le type de mission, de 2012 à 2017 (Source : surveillance épidémiologique des armées).

Entre 2012 et 2017, 701 militaires français ont été blessés par armes ou engins explosifs en OPEX comme on peut le voir sur la figure 6.

- Troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cas déclarés	282	384	326	385	370	196
TI p.100000 PA	86,6	119,8	104,5	125,6	117,2	61,9

Figure 7 : Nombre et taux d'incidence pour 100 000 personnes-années (TI p. 100 000 PA) des troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant déclarés dans les armées de 2012 à 2017 (Source : surveillance épidémiologique des armées).

L'évolution du nombre de troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant chez les militaires français et du taux d'incidence pour 100 000 personnes-année déclarés entre 2012 et 2017 est présentée dans la figure 7.

1.5) Discussion de l'étude préliminaire et justification de l'étude.

Au total à partir de cette extraction on peut donc constater que :

- Sur l'ensemble des décès dans les armées, en moyenne, 20,95% sont susceptibles de mettre en jeu des compétences médico-légales d'un médecin généraliste militaire. En valeur absolue cela représenteraitF en moyenne 35,5 décès par an. Sur ces cas, 43,7 % ont conduit à la réalisation d'une autopsie, ce qui sous-entend une judiciarisation de l'affaire. A noter que les décès au combat n'entraînent que peu d'autopsies du fait de l'article L211-7 comme vu dans la partie 1.3.3.

- Dans cet ensemble de décès, les 4 premières causes identifiées sont dans l'ordre du plus au moins fréquent :

- Le suicide (34,3%).
- Les accidents de véhicules terrestres (27,2%).
- Les accidents d'aéronefs (8,4%).
- Les actions de combats (7,5%%).

- La répartition des causes de décès est variable en fonction du contexte comme vu sur la figure 4. Dans le sous-ensemble des décès hors de la France métropolitaine (décès en Outre-Mer, en OPEX, en Mer), contexte dans lequel le recours à un spécialiste en médecine légale sera difficile la répartition des décès est sensiblement modifiée et se répartit comme suit :

- Le suicide (23,1%).
- Les actions de combat (21,5%).
- Les accidents d'aéronefs (20%).
- Les incidents impliquant des armes à feu hors action de combat (16,9%).

En valeur absolue pour l'ensemble de ces décès cela correspondrait à une incidence moyenne de 13 décès par an.

Au total on constate, d'après ces données de recueil épidémiologique, que les situations engageant des compétences médico-légales du médecin généraliste militaire sont susceptibles de se présenter, tant sur le territoire métropolitain qu'en OPEX ou en Outre-Mer.

Il faut cependant pondérer les résultats de ces données qui ne sont pas dénuées de limites. Il s'agit en effet d'un recueil épidémiologique sur base de déclarations, ne concernant que les personnels militaires et non les éventuels personnels civils de recrutement local, travaillant pour le compte des Armées. S'il donne des tendances, une sous-évaluation paraît possible voire probable.

Cette étude préliminaire nous a donc permis de mettre en évidence la fréquence au sein des armées des situations impliquant des compétences médico-légales. La question qui découle de ce constat est la suivante : les médecins généralistes militaires ont-ils les outils nécessaires et se sentent-ils à l'aise pour appréhender ces situations, plus particulièrement lorsqu'ils se retrouvent en pratique isolée ?

Une revue de la littérature sur le sujet nous permet de montrer que les pratiques médico-légales des médecins généralistes civils ont fait l'objet de quelques travaux :

On relève une étude réalisée par C. Delor en 2009 (16) sur les décès qualifiés de mort suspecte à Charleville-Mézières entre 2007 et 2008 qui reposait sur l'analyse des procédures judiciaires au Parquet de Charleville-Mézières, concernant les morts suspectes dans cette commune. Cette dernière permet également de décrire en partie les pratiques médico-légales des médecins généralistes. On remarque donc que sur l'ensemble des dossiers étudiés :

- Dans la majorité des cas, l'examen externe du corps a été fait sur les lieux, conformément aux recommandations.
- Concernant la datation du décès, la température rectale n'a jamais été prise et aucun certificat ne décrivait précisément les lividités ni les rigidités cadavériques.
- Dans tous les cas où le médecin intervenu sur réquisition aux fins d'examen externe et de recherche des causes de la mort avait considéré la mort comme suspecte, une autopsie avait été réalisée. De la même manière, lorsque le médecin n'avait pas considéré la mort comme suspecte, l'affaire a été classée. Cela permet donc de conclure que les constations médico-légales initiales sont d'une importance critique pour la suite de la procédure.
- Seuls trois cas de suicide sur six ont donné lieu à un obstacle médico-légal contrairement aux recommandations européennes.

L'étude de A. Giordano (16) en 2011 montre un taux de 73,9% d'obstacles médico-légaux posés en conformité avec les recommandations européennes parmi un échantillon de médecins généraliste de la région d'Annecy.

Une autre étude plus récente réalisée en 2019 par D. D'Andréa (18), et se concentrant sur le certificat de décès, montre un écart modéré sur une série de dossiers présentés à un échantillon de médecins généralistes en leur demandant s'ils auraient coché l'OML ou non. Un OML était attendu dans 66% des cas et était coché par les médecins généralistes dans 60% des cas. L'auteur conclut que les médecins généralistes sont en difficultés lorsqu'il s'agit de rédiger le certificat de décès.

Une étude réalisée en 2015 sur la population des médecins généralistes de la région Picardie par C. Moffroid (19) et portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles, montre que :

- 56,3% des médecins généralistes interrogés font approximativement entre 1 et 5 constats de décès par an.
- En cas de constat de décès, 66% des médecins n'examinent pas systématiquement le corps.
- L'aisance moyenne sur le plan technique pour un constat de décès sur une échelle de 1 à 6 est de 3,65.
- Environ 40,3% de l'échantillon de médecins étudiés n'a jamais réalisé de certificat de décès avec obstacle médico-légal.

On constate donc au total deux choses à l'issue de ces données :

- Les pratiques médico-légales et la conformation aux référentiels européens restent largement perfectibles pour ce qui est des médecins généralistes en milieu civil.
- Le constat de décès impliquant un obstacle médico-légal et une levée de corps restent quelque chose de peu commun pour les médecins généralistes de ville, bien qu'il s'agisse d'une situation où l'attitude du médecin sera déterminante pour la suite des investigations.

A ce jour il n'existe pas d'étude ayant réalisé une évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes militaires dans ce domaine. La présente étude vise donc à réaliser un état des lieux de la pratique médico-légale dans la population spécifique des médecins militaires.

2) MATERIELS ET METHODES

2.1) Type et objectifs de l'étude.

Il s'agit d'une enquête d'évaluation des pratiques professionnelles par questionnaire transmis puis retourné par courriel via le réseau protégé intranet du Ministère des Armées (INTRADEF).

L'objectif principal de l'étude est donc de mesurer auprès des médecins des forces, de façon quantitative dans un premier temps, la fréquence et la typologie des situations requérant des compétences d'ordre médico-légal dans le cadre de leur pratique. Dans un second temps le but est d'évaluer qualitativement les pratiques en matière d'actes médico-légaux, notamment en vue de les comparer aux référentiels en vigueur.

L'objectif secondaire de l'étude est de recueillir auprès des médecins des forces leurs opinions sur d'éventuelles améliorations sur l'organisation médico-légale et les processus médico-légaux au sein des armées.

2.2) Population source de l'étude.

La population source de l'étude est l'ensemble des médecins généralistes militaires ayant validé leur thèse et pratiquant leur activité au profit des forces armées françaises au moment de la réalisation de l'enquête.

2.3) Protocole de l'étude

Un questionnaire a été créé sur logiciel Open Office puis converti en PDF activé à l'aide du logiciel Adobe. Il est anonyme et complété en 10 minutes. Il y existe des questions obligatoires et d'autre conditionnées par la réponse aux questions précédentes.

Il est structuré en 4 parties :

- I) Données démographiques.
- II) Pratique médico-légale sur le plan quantitatif.
- III) Évaluation qualitative de la pratique médico-légale.
- IV) Étude de l'opinion des médecins des forces sur des pistes d'amélioration de l'organisation médico-légale française et de son fonctionnement au sein des armées.

La liste de diffusion a été obtenue après accord de la direction de la médecine des forces du service de santé des armées. Le questionnaire a été envoyé par mail sur la boîte de courrier électronique INTRADEF des personnels sondés.

Le questionnaire est renvoyé par courriel à l'enquêteur puis stocké après attribution d'un numéro d'anonymisation sur un ordinateur protégé par un mot de passe et non connecté à internet. Le recueil des données s'est fait sur 4 mois (de Janvier à Avril 2019). Une double saisie des données a été effectuée dans une base créée avec le logiciel Microsoft Excel. Les fichiers seront supprimés après exploitation des résultats, soutenance de thèse et diffusion des données au SSA (GSP).

2.4) Analyses statistiques.

Les tests statistiques sont réalisés avec un logiciel spécialisé nommé "R" et l'aide du CESPA (calculs d'effectifs et de proportions).

2.5) Validation éthique.

L'étude étant une évaluation des pratiques professionnelles, elle ne requiert pas de validation par le Comité de protection des personnes. L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL via le formulaire MR003.

3) RESULTATS

3.1) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Homme	120	47,2%
Femme	130	51,2%
Non Réponse	4	1,6%
Grade		
Médecin	86	33,9%
Médecin Principal	94	37,0%
Médecin en chef	72	28,3%
Non Réponse	2	0,8%
Ancienneté (En années)		
0 à 4	93	36,6%
5 à 9	71	27,9%
10 à 14	46	18,1%
15 à 19	30	11,8%
20 à 24	8	3,1%
Plus de 25	6	2,4%
Armée principalement soutenue		
Terre	131	51,6%
Air	38	15,0%
Mer	30	11,8%
Gendarmerie	29	11,4%
Interarmes	14	5,5%
SSA	4	1,6%
Autre	8	3,1%

Figure 8 : Tableau récapitulatif des données socio-démographiques de l'échantillon.

Cette étude totalise 254 répondants avec un âge moyen de 35,6 ans, dont les caractéristiques sont résumées dans la figure ci-dessus. Cette figure nous permet de vérifier que la composition de l'échantillon permet de couvrir tous les modes d'exercice du médecin généraliste militaire. On note une forte proportion de médecins soutenant principalement l'Armée de terre, et une diminution avec le temps de service du nombre de répondants qui va de 36,6% de répondants ayant moins de 4 ans de service à 2,4% de répondants ayant plus de 25 ans de service.

Expérience opérationnelle	Nombre	Pourcentage
OUI	204	80,3%
NON	50	19,7%
Théâtres d'opération à l'étranger		
Mali	97	38,2%
Tchad	63	24,8%
Afghanistan	55	21,6%
République de Côte d'Ivoire (RCI)	47	18,5%
Liban	42	16,5%
République de Centrafrique (RCA)	38	14,0%
Djibouti	36	14,2%
Niger	33	13,0%
Guyane	32	12,6%
Émirats Arabes Unis (EAU)	24	9,4%
Kosovo	19	7,5%
Gabon	18	7,1%
Burkina	17	6,7%
Irak	13	5,1%
Sénégal	9	3,5%
Mauritanie	6	2,4%
Mission embarquée	12	4,7%
Syrie	3	1,2%
Autre	72	28,3%

Figure 9 : Tableau récapitulatif de l'expérience opérationnelle de l'échantillon.

L'expérience opérationnelle des répondants est exposée dans la figure 9. On demande aux répondants de préciser s'ils ont participé à au moins une opération et si oui le ou les territoires sur lesquels ils ont été projetés.

Au sein de l'échantillon 80,3% des répondants sont déjà partis en opération à l'étranger au moins une fois. Le nombre moyen d'activités hors métropole (OPEX, force de présence et outre-mer) par répondant est de 3,16. On peut donc affirmer que l'échantillon possède dans son ensemble une bonne expérience opérationnelle. On retient que les trois théâtres sur lesquels sont le plus partis les médecins interrogés sont dans l'ordre : le Mali, le Tchad et l'Afghanistan ce qui est cohérent eu égard à la projection de nos armées ces dernières années (Tchad depuis 1986, Afghanistan de 2001 à 2012, Mali depuis 2013).

3.2) Formations préalables et expériences dans le domaine médico-légal

Formations reçues dans le domaine médico-légal	Oui	Non	Pas de réponse
Formations dans le cadre du tronc commun	150 (59,0%)	98 (38,6%)	6 (2,4%)
Formations dans le cadre d'Unités d'Enseignement optionnelles	9 (3,5%)	230 (90,5%)	15 (5,9%)
Formations dans le cadre de l'internat	98 (38,6%)	150 (59,0%)	6 (2,4%)
Formations dans le cadre de la Formation Médicale Continue	67 (26,4%)	179 (70,5%)	8 (3,1%)

Figure 10 : Formations dans le domaine médico-légal de l'échantillon

Une première partie du questionnaire interroge sur leur formation dans le domaine médico-légal. Les résultats sont exposés en figure 10 ci-dessus.

Au total on constate que 59,0% des répondants déclarent avoir été formés dans le domaine médico-légal au cours de l'enseignement de tronc commun mais que seuls 3,5% d'entre eux ont bénéficié d'unités d'enseignement optionnelles dans ce domaine.

On note peu de formations lors de l'internat avec 38,6% des répondants déclarant en avoir reçu une à cette occasion et une proportion encore plus faible dans le cadre de la formation médicale continue avec 26,4% de répondants par l'affirmative.

Si le répondant déclare avoir reçu des formations portant sur le médico-légal lors de sa formation médicale continue, ce dernier est invité à préciser la ou les formations concernées. Les réponses sont exposées ci-dessous par ordre de fréquence décroissante :

- Diplôme Universitaire de Réparation Juridique du Dommage Corporel : 19 (7,5%).
- Capacité de Médecine d'Urgence : 16 (6,3%).
- Formations au sein de l'École du Val-de-Grace : 11 (4,3%).
- Diplôme Universitaire autre : 10 (3,9%).
- Capacité de Pratique Médico-Judiciaire : 6 (2,4%).
- Formation aux Expertises Brugnot : 6 (2,4%).
- Autre formations non précisées : 6 (2,4%).
- Brevet de Médecine des Forces Terrestres : 5 (2,0%).
- Formations à la Réparation Juridique du Dommage Corporel (autres que le DU) : 4 (1,6%).
- Capacité de Médecine du Sport : 3 (1,2%).
- Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de Médecine d'Urgence : 1 (0,4%).

En somme, une proportion non négligeable de la population étudiée a peu voire pas reçu de formations complémentaires relatives à la médecine légale.

3.3) Situations rencontrées relevant de compétences médico-légales

Dans la suite du questionnaire, on interroge les répondants sur les situations qu'ils ont rencontrés au cours de leur pratique médicale dans le cadre de la médecine des forces.

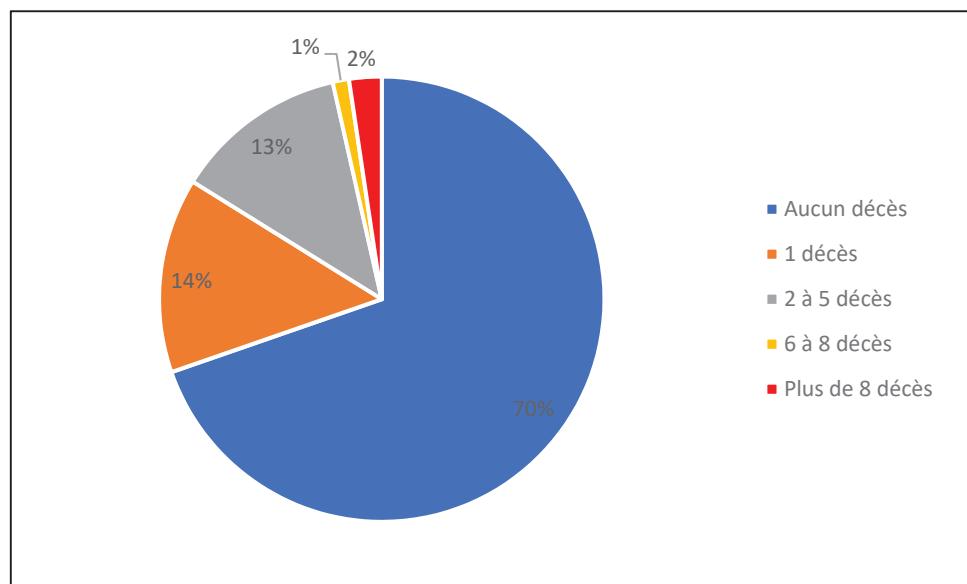


Figure 11 : Répartition des médecins en fonction du nombre de constats de décès.

Au total on constate donc qu'approximativement 30% des médecins militaires de l'échantillon ont constaté au moins un décès au cours de leur carrière, dans le cadre de leur activité de médecine des forces.

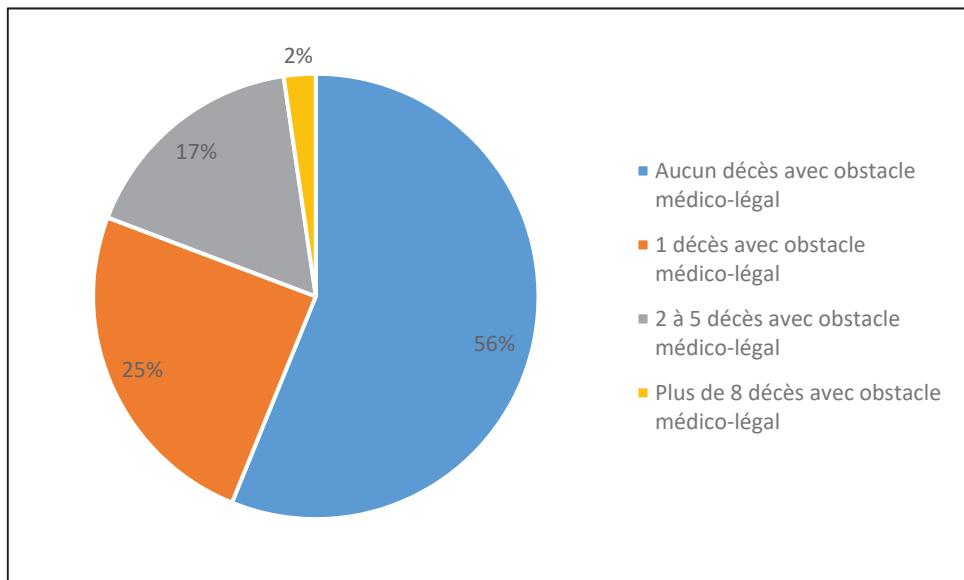


Figure 12 : Répartition parmi les médecins ayant constaté au moins un décès, en fonction du nombre de ces décès ayant impliqué un obstacle médico-légal.

On demande ensuite, pour les médecins ayant déjà constaté au moins un décès, d'indiquer le nombre de situations ayant entraîné la pose d'un obstacle médico-légal en choisissant parmi différentes tranches de valeurs. On constate ainsi que 44% de ces médecins ont été impliqués au moins une fois dans une situation avec obstacle médico-légal.

On demande ensuite par le biais d'un tableau de détailler les constats de décès réalisés par les répondants avec pour chaque constat de décès, le contexte opérationnel, les circonstances du décès, le sexe de la victime, le lieu du constat et enfin si un obstacle médico-légal a été posé. Les différents résultats sont exposés dans les figures 10, 11 et 12.

L'échantillon dans son ensemble a déclaré avoir constaté un total de 159 décès. Ces décès ont été constatés par 77 médecins différents.

Lors des constats effectués par les sondés la victime est une femme dans 15 cas, soit 9,4% des constats. Il s'agit d'un homme dans 144 cas soit 90,6% des constats.

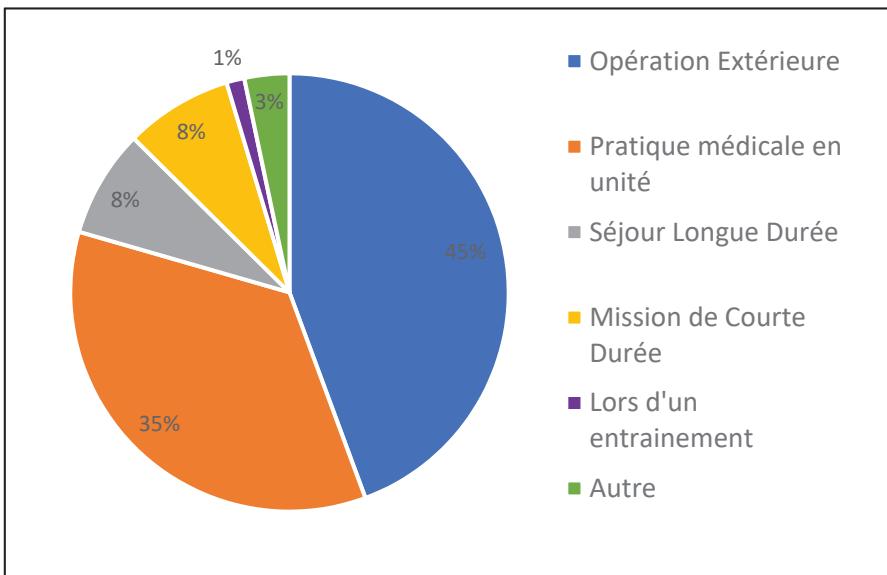
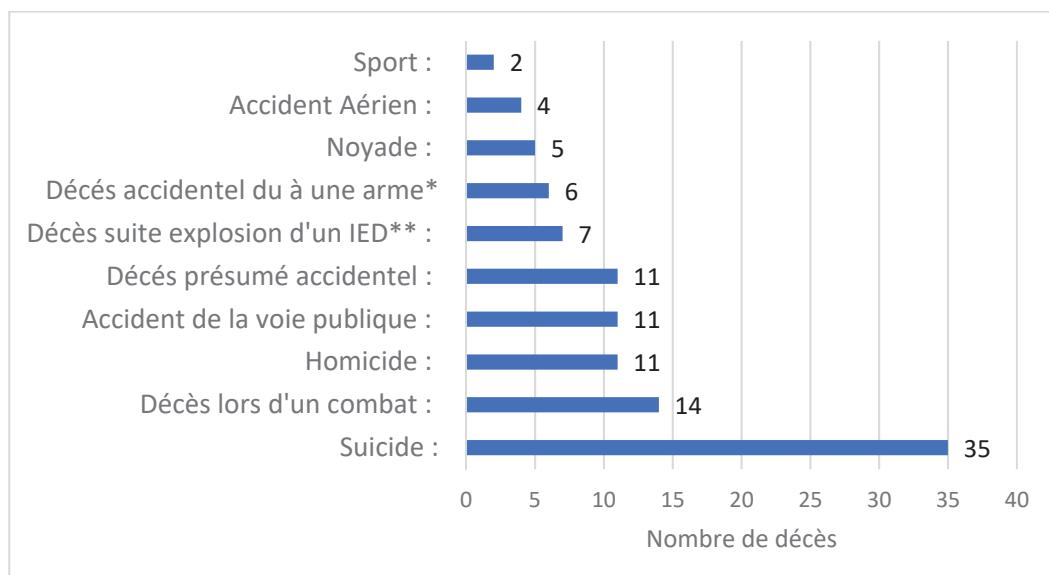


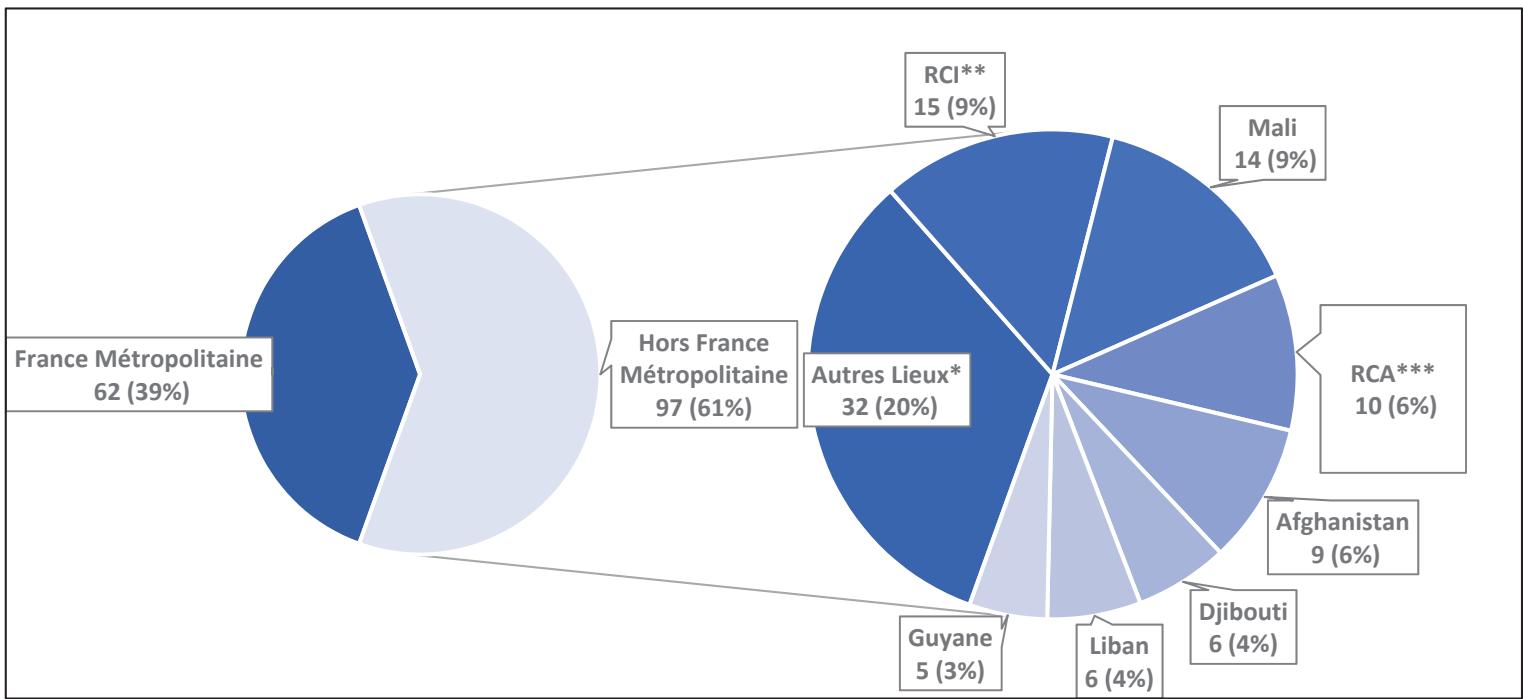
Figure 13 : Répartition des constats de décès selon le contexte.

En ce qui concerne la répartition contextuelle des constats de décès, c'est lors d'opérations extérieures qu'ont lieu le plus grand nombre de constats de décès avec 45% de l'ensemble des constats de décès. De plus si l'on fait la somme des circonstances hors pratique médicale en métropole, une majorité des décès, 61% pour être exact, sont constatés en OPEX ou chez des forces de présence, ce qui implique l'absence de recours possible à une structure spécialisée. On peut notamment constater une superposition partielle des données collectées avec les données issues des bases de données du CESPA. Les deux premières modalités étant les mêmes dans les deux recueils.



*Incluant les tirs fratricides. **IED = Improved Explosive Device. NB : Pour des raisons de lisibilité des données, n'ont pas été représentés sur la figure les décès déclarés de causes autres non catégorisées (N=52).

Figure 14 : Répartition des constats de décès selon les causes.



*Liste des lieux autres : Kosovo, Nouvelle-Calédonie, Terres Australes Françaises, Sénégal, Tchad, Nouvelle-Calédonie, Guinée-Conakry, Burkina-Faso, Cameroun, Congo, Ex-Yougoslavie, Irak, Kourou, Martinique, Mayotte, En Mer, Niger, Nouméa. ** République de Côte d'Ivoire *** République de Centrafrique

Figure 15 : Répartition des constats de décès selon la zone géographique.

On peut voir sur la figure 14 que les trois principales causes de décès sont dans l'ordre : le suicide, le décès au combat et enfin l'homicide. Parmi ces trois causes de décès, deux impliquent nécessairement des investigations médico-légales, afin de préciser notamment le diagnostic médico-légal, l'éventuelle intervention d'un tiers et d'assurer la préservation de tous les indices utiles ultérieurement à la manifestation de la vérité.

En ce qui concerne la répartition géographique des différents constats de décès présentée en figure 15, la majorité des constats de décès ont lieu hors France métropolitaine. Les deux pays totalisant le plus de constats de décès sont la République de Centrafrique et le Mali, correspondant à des théâtres d'opérations extérieures.

Parmi l'ensemble des décès constatés, un obstacle médico-légal a été posé dans 99 cas, soit 63,9% des cas. Ainsi, la majorité des décès a conduit à des investigations judiciaires.

Par la suite on interroge les répondants sur leur expérience en médecine légale du vivant :

- Sur l'échantillon, 180 répondants (70,9%) déclarent avoir déjà réalisé au moins un examen de victimes à visée médico-légale.
- Dans l'échantillon, et parmi les médecins ayant réalisé au moins un examen de victime à but médico-légal, le nombre moyen d'examens réalisés est de 7,01.
- Dans l'échantillon, 23 répondants (9,0%) déclarent avoir réalisé au moins un examen de victime de torture ou de mauvais traitements.
- Dans l'échantillon et parmi les médecins ayant réalisé au moins un examen de victimes de torture ou de mauvais traitements, le nombre moyen d'examens réalisés est de 3,1.

3.4) Pratiques médico-légales.

3.4.1) Médecine légale du sujet vivant.

Dans la suite du questionnaire les médecins sont interrogés sur leurs pratiques concernant la médecine légale du vivant. On demande dans un premier temps aux répondants d'auto-évaluer leur aisance dans les situations suivantes :

- L'aisance sur le plan technique pour un constat d'agression, évaluée sur une échelle de 1 à 10, est en moyenne de 6,65/10.
- L'aisance sur le plan technique, dans le cas spécifique de l'agression sexuelle, sur une échelle de 1 à 10 est en moyenne de 2,83/10.

Pour la suite de cette partie du questionnaire n'ont été interrogés que les médecins ayant réalisé au moins un examen de victime d'agression, soit comme vu plus haut un effectif de 180 répondants.

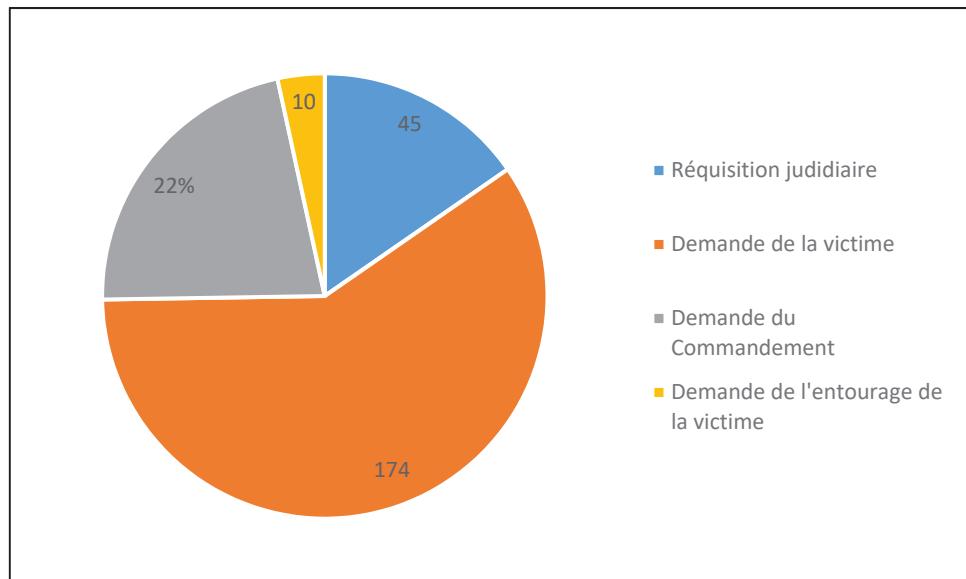


Figure 16 : Répartition des constats d'agression selon la qualité du demandeur

On interroge sur le cadre dans lequel les différents examens de victimes ont été réalisés. Dans la majorité des cas, c'est à la demande de la victime. On note néanmoins que dans 64 cas, soit 22% des constats, il s'agit d'une demande du commandement.

Par la suite on interroge sur les données recueillies à l'interrogatoire d'une victime d'agression ou d'agression sexuelle, et la fréquence de ce recueil.

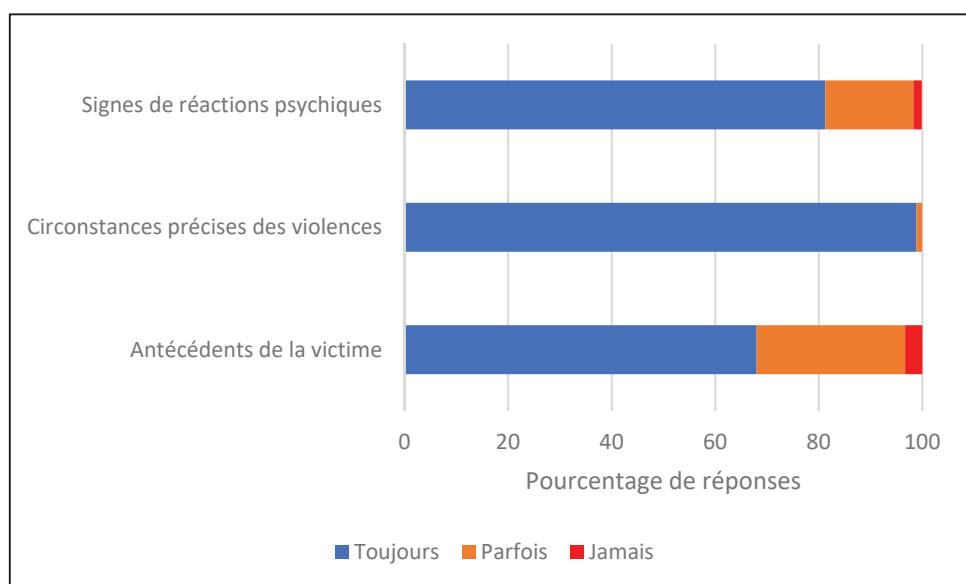


Figure 17 : Données recueillies lors de l'interrogatoire d'une victime d'agression.

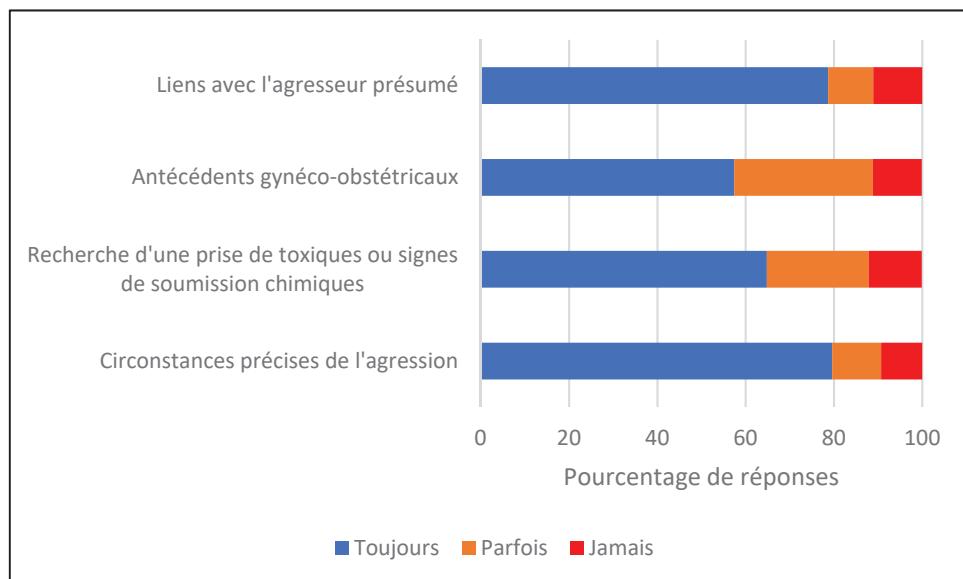


Figure 18 : Données recueillies lors de l'interrogatoire d'une victime d'agression sexuelle.

Est ensuite demandé quels sont les actes réalisés au cours des constats d'agression ou d'agression sexuelle et avec quelle fréquence.

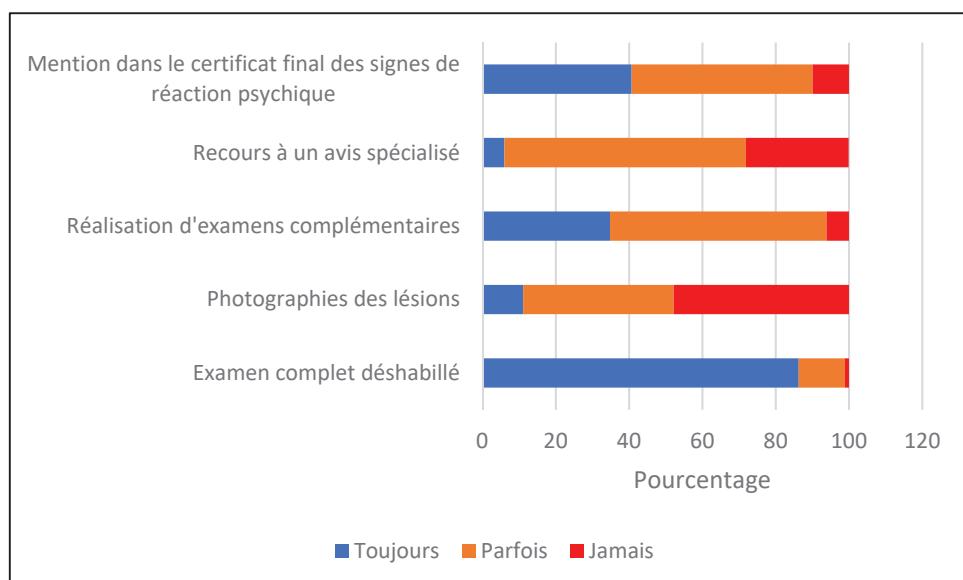


Figure 19 : Actes réalisés au cours de l'examen d'une victime d'agression.

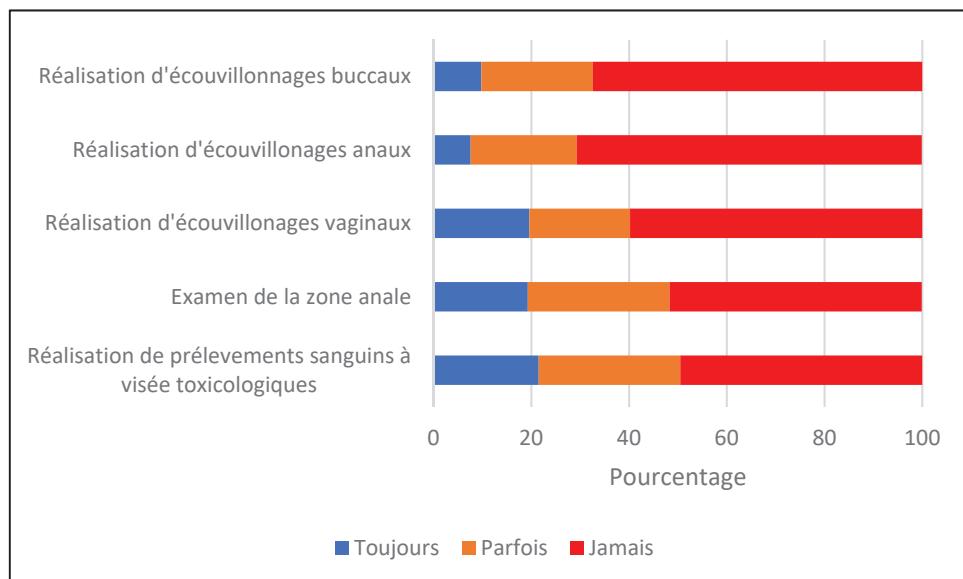


Figure 20 : Actes réalisés au cours de l'examen d'une victime d'agression sexuelle :

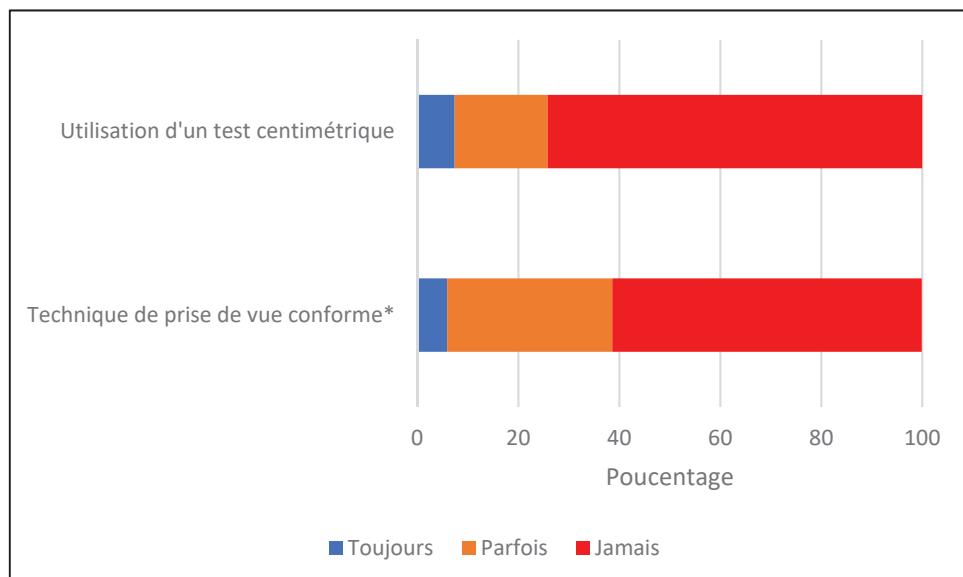
Lorsque cela est possible les répondants orientent la victime en milieu spécialisé, de façon systématique pour 63,8%, parfois dans 33,9% des cas et jamais dans 2,4% des cas.

S'il y a orientation vers une structure spécialisée, on demande vers quel type de structure se fait l'orientation :

- Unité médico-judiciaire dans 53,7% des cas
- Service de gynécologie dans 26,7% des cas
- Service d'accueil des urgences dans 14,9% des cas
- Une autre structure dans 4,5% des cas (avec notamment service de psychiatrie, cellule médico-psychologique ou psychologue).

Parmi l'échantillon, 7% ont déjà été confrontés à une situation de constat d'agression sexuelle en situation isolée.

Concernant la réalisation de photographies de lésions à but médico-légal les résultats des questions sont exposés dans la figure ci-dessous.



*On définit comme technique de prise de vue conforme la réalisation pour chaque lésion d'un plan large de cette dernière dans son environnement puis une autre centrée et zoomée sur la lésion et en respectant un principe d'orthogonalité de la prise de vue

Figure 21 : Résultats des questions sur la prise de photographies à but médico-légal.

Pour la réalisation des photographies à visée médico-légale, l'appareil utilisé est dans 3,2% des cas un appareil photo dédié à cette fonction, dans 17,2% des cas un appareil photo personnel et dans 79,6% des cas il s'agit du téléphone personnel du répondant qui est utilisé.

3.4.2) Médecine légale du sujet décédé.

Les médecins sont interrogés sur leurs pratiques concernant la médecine légale thanatologique.

On demande dans un premier temps aux répondants d'auto-évaluer leur aisance sur le plan technique, pour l'examen de corps d'un sujet décédé, sur une échelle de 1 à 10. La moyenne des réponses à cette question est de 3,44/10.

Pour la suite de cette partie du questionnaire, n'ont été interrogés que les médecins ayant réalisé au moins un examen de corps, soit comme vu plus haut un effectif de 77 répondants.

Concernant les moyens utilisés pour vérifier l'identité de la victime lors du ou des constats les réponses sont les suivantes :

(En pourcentage du nombre total de réponses, plusieurs réponses étant possibles)

- Papiers d'identité : 54 (45,8%)
- Témoignages : 35 (29,7%)
- Effets de la victime : 17 (14,4%)
- Autres : 12 (10,2%)

Pour les critères utilisés pour définir l'heure du décès les réponses sont les suivantes :

(En pourcentage du nombre total de réponses, plusieurs réponses étant possibles)

- Témoignages : 32 (32,0%)
- Observation du cadavre : 15 (15,0%)
- Date et heure du constat : 44 (44,0%)
- Autres : 9 (9,0%)

Réalisation d'un examen du corps avant rédaction du certificat de décès :

- Toujours : 54 (72,0%)
- Parfois : 8 (10,7%)
- Jamais : 13 (17,3%)

Conditions d'examen du corps :

- Intégralement dénudé : 32 (45,7%)
- Partiellement dénudé : 28 (40,0%)
- Sans le déshabiller 10 (14,3%)

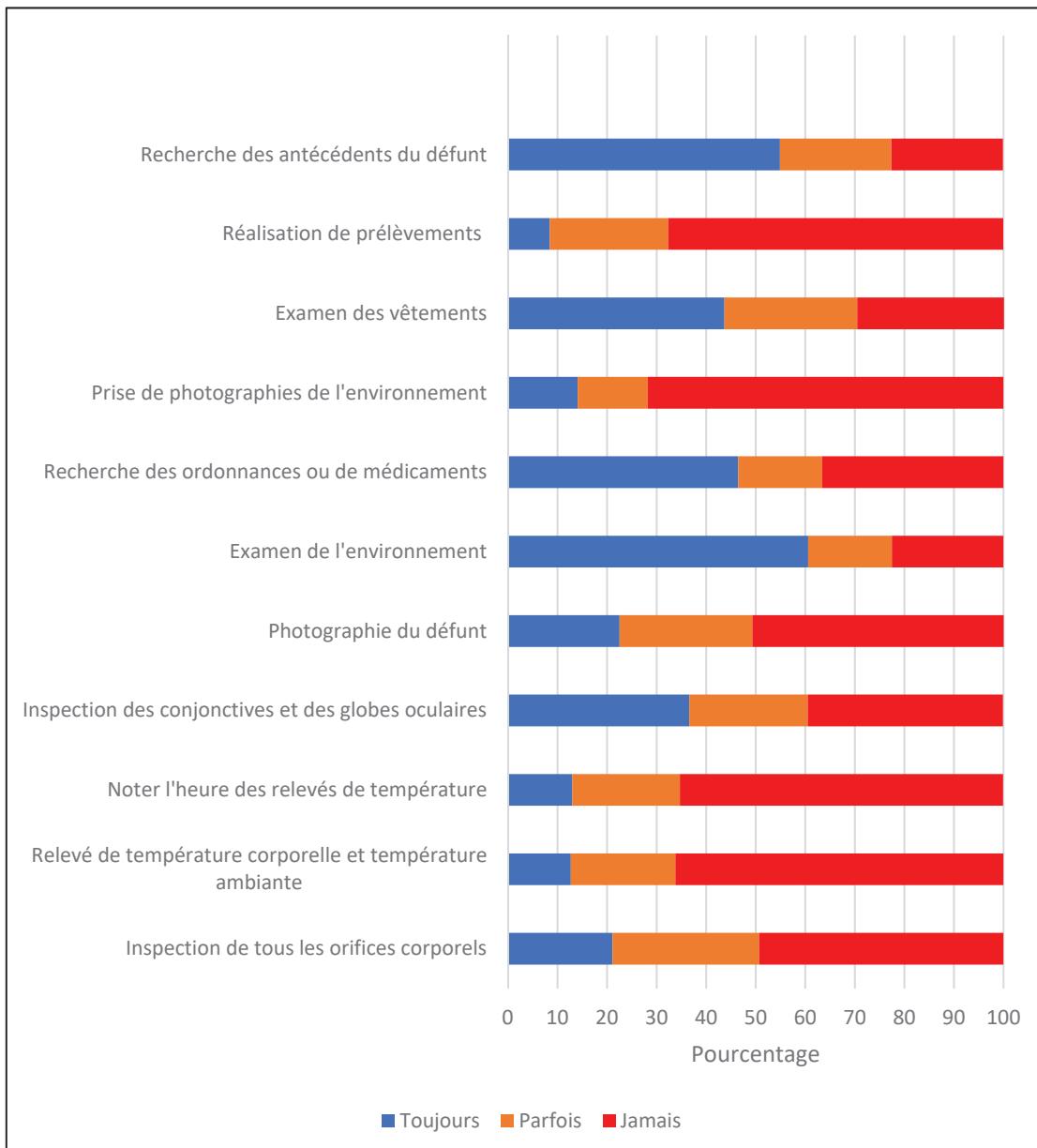


Figure 18 : Actes réalisés au cours d'un examen de corps

Les actes réalisés et la fréquence sont consignés dans la figure ci-dessus.

On demande ensuite s'il a été possible de dater approximativement le décès lors des différents constats réalisés :

- Toujours : 18 (25,71%)
- Parfois selon les circonstances : 30 (42,9%)
- Jamais : 22 (31,4%)

On demande également s'il a été possible de déterminer la cause du décès lors des différents constats :

- Toujours : 32 (45,1%)
- Parfois selon les circonstances : 31 (43,7%)
- Jamais : 8 (11,3%)

On demande si les médecins interrogés ont déjà eu recourt à un médecin légiste lors d'un constat de décès :

- Oui : 14 (18,9%)
- Non : 60 (81,1%)

Par la suite on présente aux répondants une liste de circonstances de décès, et on demande de cocher celles devant amener à poser d'un obstacle médico-légal. Les résultats sont exposés dans la figure 19.

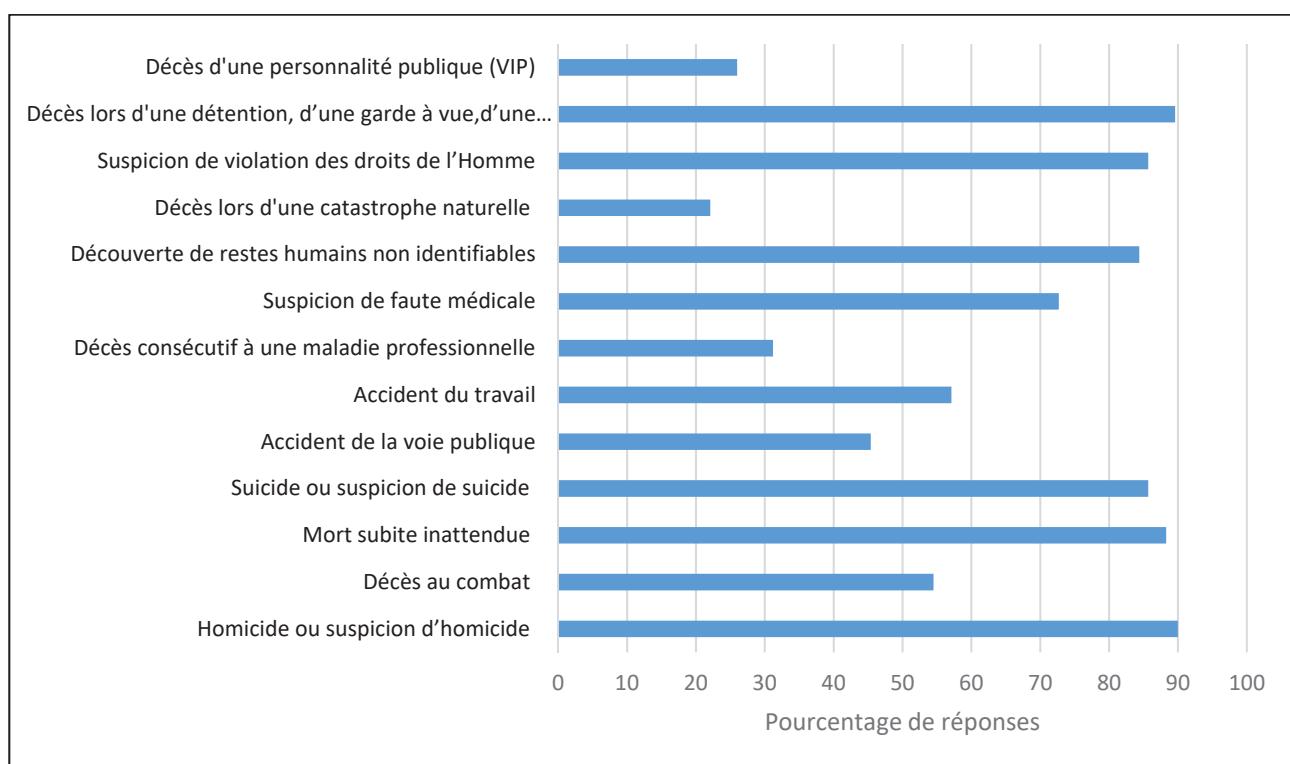


Figure 19 : Pourcentage de pose d'un obstacle médico-légal en fonction des circonstances du décès parmi les répondants au questionnaire.

A noter que toutes les circonstances exposées, à l'exception du décès d'une personnalité publique et du décès au combat, doivent, si l'on s'en réfère aux recommandations européennes, donner lieu à la mise en place d'un obstacle médico-légal.

3.5) Recueils d'opinions sur des propositions en matière d'amélioration des pratiques.

Dans cette dernière partie du questionnaire, les répondants sont interrogés concernant leur avis sur différentes propositions concernant l'amélioration des pratiques :

Une modification des modules de formations serait-elle souhaitable ?

- Oui : 108 (42,5%)
- Non : 10 (3,9%)
- Oui avec réserve selon modalités pratiques : 132 (52,0%)
- Ne se prononce pas : 4 (1,6%)

Êtes-vous favorable à l'édition de trames de rapport et fiches guides en cas de :

- Examen de personnes décédées :
 - Oui : 248 (97,6%)
 - Non : 4 (1,6%)
 - Ne se prononce pas : 2 (0,8%)
- Examen d'une victime de violences/agressions/mauvais traitements :
 - Oui : 248 (97,6%)
 - Non : 4 (1,6%)
 - Ne se prononce pas : 2 (0,8%)
- Examen d'une victime d'agressions sexuelles :
 - Oui : 250 (98,4%)
 - Non : 2 (0,8%)
 - Ne se prononce pas : 2 (0,8%)

Êtes-vous favorable à la mise à disposition de kit de prélèvements dans le cadre d'agressions sexuelles en situation isolée ? :

- Oui : 217 (85,4%)
- Non : 31 (12,2%)
- Ne se prononce pas : 6 (2,4%)

Êtes-vous favorable à la réalisation d'un examen de corps et d'un angioscanner sur les décès en opération ? :

- Oui : 141 (55,5%)
- Non : 93 (36,6%)
- Ne se prononce pas : 18 (7,1%)

3.6) Espace d'expression libre : synthèse des principales idées apportées.

En fin de questionnaire était laissé un espace d'expression libre permettant aux répondants d'exprimer librement leurs remarques et commentaires.

Parmi les commentaires les plus récurrents dans cet espace on retrouve :

- La thématique médico-légale est très peu abordée au cours de la formation initiale des praticiens, tant lors de la formation universitaire que lors de l'internat.
- On note dans les commentaires un grand intérêt pour la mise en place de fiches réflexes et de protocoles dans le cadre des constats médico-légaux.
- On relève aussi un intérêt pour le kit de prélèvement dans le cadre des agressions sexuelles. Sur ce point, différents commentaires interrogent sur la faisabilité technique, notamment vis à vis de la proximité d'un laboratoire et des problématiques liées au délai d'acheminement.
- Certains répondants expliquent que la plus grande partie des constats de décès qu'ils ont eu à réaliser étaient dans le cadre hospitalier ou de gardes SAMU (soit en dehors du cadre de ce questionnaire).
- Concernant l'examen de corps et l'angioscanner, un certain nombre de commentaires questionnent sur l'intérêt et la faisabilité d'une telle procédure.

4) DISCUSSION

4.1) Formation initiale et expérience médico-légale des médecins militaires.

On constate que, lorsqu'on les interroge sur leur formation initiale, 38,6% des praticiens estiment de pas avoir reçu de formation dans le domaine médico-légal dans le cadre du tronc commun et 59,0% dans le cadre de l'internat.

En somme on peut constater tout au long de la formation initiale du médecin militaire une relative faiblesse quantitative de la formation dans le domaine médico-légal. Bien qu'il faille garder en tête que l'échantillon comprend des praticiens ayant achevé leur formation initiale il y parfois plus de dix ans, des améliorations ont pu intervenir depuis lors.

En ce qui concerne les formations reçues dans le cadre de la formation médicale continue, il apparaît que 70,5% des répondants déclarent ne pas avoir reçu d'enseignements dans ce cadre.

Lorsqu'une formation continue a été suivie, on note une très grande hétérogénéité des modules validés avec notamment cités :

- Le Diplôme universitaire de réparation juridique du dommage corporel pour 7,5% des sondés, ce dernier étant le module ayant été le plus souvent cité.
- La Capacité de médecine d'urgence, qui comprend une partie dédiée à la médecine légale, suivie par 6,3% des sondés.

En ce qui concerne l'expérience médico-légale des répondants, on peut constater qu'au total 30,31% des médecins militaires de l'échantillon ont constaté au moins un décès au cours de leur carrière. Parmi ces médecins ayant constaté au moins un décès, 43,8% ont été confrontés à au moins un décès avec présence d'un obstacle médico-légal.

On peut donc voir qu'au sein de l'échantillon approximativement 1/3 des médecins avaient une expérience en matière de constats de décès.

En ce qui concerne les décès constatés, l'échantillon dans son ensemble a déclaré avoir constaté un total de 159 décès. Ces constats de décès ont été réalisés par 77 médecins différents.

En ce qui concerne ces décès, on remarque qu'ils ont lieu en opération extérieure, dans le cadre de forces de présence ou en Outre-Mer dans 60,3% des cas, qu'il s'agisse d'opérations extérieures, de missions de courte durée ou de séjour de longue durée.

Dans tous les cas, il s'agit de contextes où le recours à une structure médico-légale ou à des spécialistes en médecine légale est restreint voire inexistant.

Les trois circonstances de décès les plus fréquemment rencontrées sont, lorsqu'elles sont précisées, le suicide (N = 35), le décès au combat (N=14) et l'homicide (N=11). Une forte proportion des décès constatés, 63,9% pour être précis, ont donné lieu à la pose par le médecin d'un obstacle médico-légal. On peut donc en conclure que la majorité des décès constatés par les médecins généralistes militaires impliquent ou sont susceptibles d'impliquer une enquête judiciaire.

Pour ce qui est de la répartition géographique des constats, ces derniers se situent en majorité hors France métropolitaine et cela dans 61% des cas. Il existe une très grande diversité de lieux, avec une répartition relativement homogène. La zone hors France métropolitaine ayant totalisé le plus de constats de décès est la République de Côte d'Ivoire avec 15 décès, puis le Mali avec 14 décès et enfin la République de Centrafrique avec 10 décès. Cette répartition paraît cohérente eu égard aux zones d'engagements opérationnels de la France ces dernières années. Comme vu plus haut, la majorité des constatations ont lieu dans des zones géographiques où les structures ou les avis spécialisés pourront ne pas être disponibles.

Il faut cependant garder à l'esprit que la répartition des décès sur les différents théâtres d'opération extérieure peut être influencée par la durée d'ouverture de ces derniers, et le contexte propre à chacun d'eux.

En ce qui concerne la médecine légale du vivant, les répondants sont plus nombreux à avoir une expérience dans le domaine. Pour 70,9% d'entre eux, un examen de victime à visée médico-légale a été réalisé dans le cadre de la médecine des forces et parmi ceux ayant fait au moins un examen, le nombre d'examens pratiqués est de 7,01. Les examens spécifiques de victimes de tortures ou de mauvais traitements sont moins souvent rencontrés, avec 9,0% des médecins ayant déjà réalisé un examen de ce type. On peut donc en conclure que les situations de médecine légale du sujet vivant sont plus souvent rencontrées que celles de médecine légale thanatologique, ce qui paraît superposable à la pratique en milieu civil.

Lorsque l'on demande aux praticiens d'auto-évaluer leur aptitude et leur aisance à réaliser l'examen du corps d'un sujet décédé, la note moyenne est de 3,44/10, indiquant que les praticiens ont en moyenne une faible aisance pour cet acte.

Les réponses montrent un nombre d'expériences en matière de constats d'agression plus important que pour le constat de décès. L'aisance technique pour les constats d'agression s'en ressent. En effet la note moyenne est de 6,65/10 dans ce cas de figure.

Cette dernière note chute drastiquement à 2,83/10 si l'on prend en considération un constat d'agression sexuelle.

Ce chiffre peut cependant s'expliquer partiellement avec 63,8% des médecins qui réorientent de façon systématique les victimes d'agression sexuelle en milieu spécialisé si cela est possible combiné au fait que seulement 7% d'entre eux ont déjà été confronté à une telle situation en contexte isolé.

Ce manque d'aisance technique, très important pour les constats d'agression sexuelle et l'examen d'un sujet décédé est hypothétiquement à mettre en lien avec le manque de formation des médecins tel que vu plus haut, tant en formation initiale que continue. Cela peut également s'expliquer par le niveau de connaissances et de compétences nécessaires dans pareilles situations.

En ce qui concerne les raisons du manque d'aisance ou de formation, le questionnaire n'explorait pas ces aspects et pourraient faire l'objet d'un autre questionnaire.

4.2) Conformité de la pratique des médecins militaires aux référentiels opposables de médecine légale.

Le questionnaire par sa structure visait à évaluer les pratiques en vue de les comparer aux référentiels opposables en médecine légale, et plus particulièrement la recommandation Européenne R(99)3. On rappelle également que les questions exploraient la pratique effective des praticiens, et que par conséquent n'ont été interrogés que les praticiens ayant au cours de leur carrière réalisé au moins un acte du domaine étudié. On demandait qu'elle avait été leur pratique au cours des constats qu'ils avaient eu à effectuer.

4.2.1) Le constat d'examen d'une victime d'agression.

En ce qui concerne l'examen d'une victime d'agression, on note pour l'interrogatoire une large majorité de praticiens recueillant les signes de réaction psychique au décours de l'agression, les circonstances des violences ainsi que les antécédents de la victime.

En ce qui concerne le déroulé de l'examen à proprement parler, les réponses sont en partie satisfaisantes avec 86,3% de médecins réalisant systématiquement un examen complet déshabillé. Cependant seulement 11,1% des médecins réalisent systématiquement des photographies des lésions présentées, ce qui devrait idéalement toujours être réalisé.

Toujours en ce qui concerne les photographies, leur réalisation est rarement idéale. 74,2% des médecins n'ont jamais employé de test centimétrique, cet objet permettant d'avoir une idée précise de la taille de l'élément d'intérêt photographié. De plus, pour 61,3% des cas la technique de réalisation

des photographies n'est jamais conforme. Enfin l'appareil utilisé pour la prise de ces photographies est rarement un appareil dédié à cette fonction. Il s'agit dans 79,6% des cas de l'appareil photo du téléphone personnel du médecin. En somme les principales lacunes concernant les constats d'agression semblent être la réalisation de photographies à but médico-légal. Ce point est néanmoins crucial. Par définition, l'aspect des lésions constatées évolue vers la guérison ou la cicatrisation, alors que des questions complémentaires peuvent naître au cours de la procédure. Aussi, dans le domaine médico-légal, une capacité de retour en arrière est parfois nécessaire et la photographie notamment autorise en partie cela.

4.2.2) Le constat d'examen d'une victime d'agression sexuelle.

Dans le cadre plus spécifique d'un constat d'examen d'une victime d'agression sexuelle, de façon similaire aux agressions en général, on note que les données de l'interrogatoire sont convenablement collectées en moyenne. On peut cependant remarquer que les liens avec l'agresseur présumé est systématiquement demandé par 78,7% des répondants, alors qu'il ne s'agit pas d'une donnée nécessaire à la réalisation du certificat, et que cela relève d'avantage du rôle des enquêteurs. Dans ce cadre, il est plus prudent de rester strictement descriptif.

En revanche les prélèvements ne sont que rarement réalisés. Au cours des différents constats d'agression sexuelle qu'ils ont pu réaliser, 49,5% des médecins n'ont jamais réalisé de prélèvements sanguins à visée toxicologique et 59,8% n'ont jamais réalisé d'écouvillonnages vaginaux. Il en est de même pour les écouvillonnage anaux et buccaux qui sont très peu réalisés. Au total, on constate une très faible fréquence de la réalisation de prélèvements par les praticiens, bien qu'il s'agisse d'actes essentiels pour l'enquête et qui ne pourront être réalisé ultérieurement. Il s'agit ici, à la fois, de connaître l'état physique et psychique de la victime au moment de l'agression (cas de la soumission chimique notamment ou encore d'une agression dans un contexte d'alcoolisation ou de consommation de stupéfiants) mais également de mettre en évidence d'éventuels rapports entre la victime et un auteur présumé par le biais de l'ADN.

4.2.3) Le constat de décès

Les pratiques concernant l'identification étaient réparties selon différentes modalités, la plus fréquemment utilisée étant les papiers d'identités de la victime à 45,8% puis les témoignages à 29,7%. Il s'agit dans les deux cas d'identifiants secondaires mais, dans le cadre d'une population bien définie et connue (militaire) et d'un décès unique, cette pratique est acceptable. Il en serait totalement différemment dans le cadre de décès multiples voire de corps fragmentés ou dégradés. Dans ces cas,

le recours aux identifiants primaires que sont l'odontologie, les empreintes digitales ou génétiques, est indispensable.

Les pratiques concernant la datation montrent que dans 44,0% des cas la date et l'heure du constat sont utilisé pour définir la date et l'heure du décès. De plus seul 15% des médecins ont déclaré utiliser la description du cadavre (et donc des signes post-mortem) pour estimer la date du décès. Ces pratiques sont peu en phase avec la R(99)3 qui recommande d'utiliser conjointement les signes post-mortem ainsi que la température en vue d'estimer l'heure du décès. Dans tous les cas, cette évaluation doit être très prudente tant les facteurs de variabilité sont grands. Aussi, l'actuel formulaire de certificat de décès permet au médecin d'indiquer, en cas d'impossibilité de dater la mort, la date et l'heure de son constat.

A l'issue de leurs examens de corps les médecins interrogés déclarent à 31,4% ne jamais avoir été en mesure d'estimer approximativement l'heure et la date du décès. Ce chiffre est à prendre avec du recul cependant, la datation d'un corps à l'aide du seul examen de ce dernier étant un exercice difficile. La dégradation d'un corps est un processus difficilement reproductible tant le nombre de facteurs entrant en jeu est important.

Ensuite, lors de l'examen de corps à proprement parler et contrairement aux recommandations, seul 45,7% des médecins déshabillent intégralement le corps au cours de la procédure. On note également que 17,3% d'entre eux déclarent n'avoir jamais réalisé d'examen de corps avant rédaction du certificat de décès. L'examen de toutes les faces du cadavre est réalisé systématiquement par 60,6% des répondants conformément à la R(99)3. En revanche l'inspection de tous les orifices n'est systématiquement réalisée que par 21,1% des sondés et l'inspection des conjonctives et des globes oculaires que par 36,6%. L'examen de corps est donc globalement réalisé par les sondés avec des lacunes d'importance puisque le revêtement cutané n'apparaît pas examiné dans sa totalité dans un nombre significatif de cas, pouvant laisser de côté une ou plusieurs lésions d'intérêt.

Par la suite on constate qu'un certain nombre de gestes recommandés au cours de l'examen du corps sont relativement peu réalisés, notamment le relevé de la température intra-rectale profonde (réalisée par 66,2% des répondants) et l'heure de ce relevé (réalisée par 13% des répondants). Les relevés de températures sont donc peu réalisés et lorsqu'ils le sont, c'est souvent de manière non conforme par rapport à la R(99)3 qui recommande de noter l'heure de tous les relevés de température réalisés (température corporel et température ambiante).

Pour ce qui est des photographies, qu'il s'agisse du défunt ou de l'environnement où le corps a été trouvé, elles ne sont que peu réalisées alors que cela devrait être systématique pour tous les examens de corps. Le défunt est systématiquement photographié par 22,54% des répondants et l'environnement est photographié systématiquement dans 14,1% des cas. Ces éléments pourtant essentiels pour la suite des investigations sont donc que trop peu souvent collectés. On peut cependant pondérer ces chiffres par le fait que ces photographies peuvent également être réalisées par les services d'enquête présents. Les prélèvements sur le cadavre ne sont systématiquement réalisés que par 8,45%, proportion beaucoup trop faible au vu de l'intérêt de faire précocement ces prélèvements.

Les résultats sont sensiblement meilleurs en ce qui concerne la détermination de la cause du décès, qui n'a jamais été possible pour 11,3% des répondants et a contrario toujours possible pour 45,1% d'entre eux.

En ce qui concerne la pose de l'obstacle médico-légal, certaines circonstances, contrairement aux recommandations, ne sont pas prises en compte. Parmi lesquelles on compte le décès lors d'une catastrophe naturelle qui est coché par 22,1%. Néanmoins, dans pareilles circonstances, on peut facilement conjecturer qu'un contexte de catastrophe naturel est susceptible de faire passer en second plan les considérations médico-légales pour prioriser les actions de soins, impactant *de facto* la façon dont le certificat de décès est rempli. La seconde circonstance la moins cochée est le décès consécutif à une maladie professionnelle à 31,2%, la troisième est l'accident de la voie publique où l'obstacle n'est coché que dans 45,4% des cas. Dans les autres cas évoqués, la case de l'OML est cochée par une majorité des répondants montrant qu'il s'agit de causes connues d'obstacle médico-légal : homicide, mort subite inattendue, suicide, accident du travail, décès dans les suites d'une détention d'une garde à vue et la découverte de restes squelettiques non identifiables.

A contrario le décès d'une personnalité publique ne constitue pas d'après les recommandations une cause d'obstacle médico-légal mais est cependant coché par 26,0% des répondants. De façon similaire l'exception que constitue le décès lors d'une action de combat semble être mal connue des praticiens puisque l'obstacle est coché par 54,5% d'entre eux en ces circonstances.

4.3) Forces et faiblesses de l'étude.

Notre étude totalise un nombre de 256 répondants dont 80,3% ont réalisé au moins une OPEX, ce qui permet à cette dernière d'avoir une puissance satisfaisante malgré le fait que nous étudions des pratiques peu fréquemment mises en œuvre pour un médecin généraliste militaire. Ainsi nous avons un total de 77 répondants pour les questions réservées aux personnes ayant réalisé au moins un constat

de décès, et un total de 180 répondants pour celles ayant fait au moins un constat d'agression. La présentation du questionnaire sous forme dématérialisée avec une présentation ergonomique avec des cases à cocher a probablement permis ce taux de réponses satisfaisant.

De plus la partie du questionnaire portant sur les constats de décès nous montre que les médecins de l'échantillon ont constatés un total de 159 décès, ce qui constitue une base satisfaisante afin d'étudier les pratiques en matière de constats médico-légaux.

Le questionnaire a permis d'explorer de façon exhaustive un grand nombre de problématiques liées au domaine de la médecine légale, tant sur le plan qualitatif que quantitatif comme souhaité dans le protocole initial. Il s'agit à la fois d'une force et d'une faiblesse, tant le spectre exploré pouvait paraître particulièrement étendu pour certains praticiens, avec le risque d'une perte en qualité des réponses au fur et à mesure des questions.

Cependant, par son protocole de recueil, la présente étude est sujette à un biais de mémorisation important : les constats relatés par les répondants étant des événements rares et parfois lointains. On peut cependant pondérer cette dernière affirmation dans la mesure où ces événements sont en général très marquants dans la carrière d'un médecin. L'échantillon est également constitué d'une majorité de jeunes médecins, ce qui peut minorer le nombre de décès constatés.

Également et malgré un choix étendu de possibilité il est arrivé qu'aucun ne convienne au répondant. Ainsi il n'a pas été possible de relater toute la diversité des situations de constats médico-légaux rencontrées, comme en témoigne la répartition des circonstances de décès où l'on peut voir que la case la plus souvent cochée est la catégorie "Autre".

Le questionnaire était assez généraliste et ne prenait pas en compte certaines spécificités notamment l'examen d'un corps en état de putréfaction avancée ou de restes squelettiques. Dans ces circonstances les prélèvements peuvent être non réalisables et certains items du questionnaire non pertinents.

4.4) Nécessité d'une amélioration de la pratique médico-légale militaire

Comme vu précédemment notre étude de pratique permet de mettre en évidence un certain nombre d'axes d'amélioration en ce qui concerne les pratiques médico-légales des praticiens généralistes militaires exerçant au sein de la médecine des forces.

Une amélioration des pratiques paraît souhaitable puisque les décès constatés au sein de l'armée française ont de fortes chances d'impliquer une enquête judiciaire comme vu plus précédemment. On rappelle que d'après l'extraction de la base de données du CESPA, 43,7% de l'ensemble des décès en service et hors maladie dans les armées font l'objet d'une autopsie, et que les décès constatés par les médecins déclarés dans le cadre de notre étude ont fait l'objet d'un obstacle médico-légal dans 63,9% des cas.

A titre de comparaison, l'Inserm recense en France 8656 autopsies réalisées lors de l'année 2013 (20) pour cette même année on compte 569 200 décès d'après l'Insee (21). Ce qui nous permet d'estimer un taux d'autopsie à 1,52% des décès en population générale.

Les particularités du milieu militaire et de l'emploi de nos forces armées expliquent probablement ces données par un souci nécessaire de transparence.

4.5) Propositions d'axes d'amélioration.

4.5.1) Formation initiale et continue des praticiens.

Un des premiers axes d'amélioration en ce qui concerne la connaissance des pratiques médico-légales est la formation. La formation initiale devrait être possiblement renforcée en lien avec les facultés de médecine et en concertation avec les étudiants de façon à améliorer la rétention des concepts et des savoir-faire clés dans cette discipline.

Ensuite il serait pertinent d'améliorer les modules de formation délivrés lors de l'internat par l'école du Val de Grâce en vue de les rendre plus adaptés aux praticiens des armées. Une telle modification des modules de formation semble globalement souhaitée par les praticiens. En effet 42,5% d'entre eux sont favorables sans réserve à une modification des modules de formation du Val de Grâce et 52,0% sont favorables à une modification avec réserve selon les modalités pratiques. Soit un total de 94,5 % de praticiens favorables à une modification des modules.

Également en ce qui concerne la formation continue des praticiens, il serait pertinent de proposer des rappels ou des compléments de formation aux praticiens qui partent sur des théâtres d'opérations où le recours à des structures médico-légales spécialisées est difficile. La mise en avant de DU ou de DIU tel que le DU de réparation juridique du dommage corporel peuvent constituer un avantage pour les praticiens.

4.5.2) Création et mise à disposition de fiches explicatives sur certains actes médico-légaux.

Afin de permettre aux praticiens d'avoir de bonnes pratiques médico-légales et des pratiques harmonisées, il serait pertinent de créer et de diffuser largement des documents synthétiques expliquant la conduite à tenir dans les principaux cas de figures tels qu'un constat de décès, un constat d'agression ou encore un constat d'agression sexuelle.

De telles fiches ont été rédigées par le Médecin en Chef MAZEVET en janvier 2019 et sont en annexe de cette thèse [**Annexe 4, 5, 6**]. Il conviendrait d'en assurer une bonne diffusion auprès des praticiens des armées et de permettre leur disponibilité via le réseau INTRASAN afin qu'elles puissent être consultables aisément. Il faudrait également mettre à disposition des fiches de bonnes pratiques de la photographie à but médico-scientifique, afin d'améliorer la qualité des prises de vues réalisées dans le cadre médico-légal. Une fiche de ce type est proposée en annexe. [**Annexe 7**]

De telles mesures sont globalement souhaitées par les praticiens. Ils sont 97,6% à être favorable à l'édition de fiches guides et de trames de rapport en cas d'examen d'une personne décédée ou d'examen de victimes de violences.

Néanmoins, la mise à disposition de tels outils requiert de s'assurer d'une régulière mise à jour de ces derniers par des groupes de travail d'un réseau clairement identifié et disposant d'un référent national.

Une autre mesure visant à améliorer la prise en charge médico-légale réalisée par les médecins militaires serait la mise à disposition de kits de prélèvements pour les agressions sexuelles en situation isolée. Il s'agit là d'une mesure souhaitée par 85,4% des répondants au questionnaire. Dans le même ordre d'idée il serait souhaitable de mettre à disposition des praticiens un appareil photographique dédié à la prise de photographies à but médical.

Il pourrait également être important de mettre en place une astreinte médico-légale via un réseau de médecins légistes des forces, qui permettrait de répondre à toutes les interrogations et problématiques liés à la discipline instantanément.

4.5.3) Nouvelle organisation de la médecine légale militaire

Il serait souhaitable de réorganiser les procédures médico-légales militaires selon deux cas de figure et cela afin d'améliorer notre connaissance des causes de décès chez les militaires.

1) Un obstacle médico-légal a été posé par le médecin ayant constaté le décès et le Parquet local est saisi.

On rappelle que ce cas concerne le décès des militaires en service sur le territoire national (Métropole et Outre-mer), les opérations extérieures relevant de la compétence de la section C3 du tribunal judiciaire de Paris. Dans ce cas, il pourrait être envisagé :

- Soit un rapatriement du corps du militaire à l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale pour examen thanatologique.
- Soit une co-saisine d'un médecin légiste de l'institut médico-légal local et d'un médecin légiste du Service de santé des armées pour examen thanatologique à l'institut médico-légal de proximité de découverte du corps.

2) Aucun obstacle n'a été posé par le médecin ayant constaté le décès

Dans cette situation, il pourrait être proposé la mise en œuvre par l'État-Major des Armées d'un protocole de prise en charge et d'examen des militaires décédés en opération, tel que soumis par le Pôle Judiciaire de la Gendarmerie National en 2012 et actualisé en 2018. **[Annexe 8]**

Ce protocole a été proposé dans les suites du rapport d'étude relatif à l'amélioration des protections individuelles et collectives des combattants, établi le 03/04/2013 par le Collège des Inspecteurs Généraux des Armées à la suite de la lettre n°01882/DEF/CM13 du 22 février 2012 de Monsieur le Ministre de la Défense, relative aux protections individuelles et collectives du combattant. **[Annexe 9].**

Il y est fait la recommandation R3 :

"Afin d'améliorer les protections individuelles et collectives du combattant, étudier les modalités de mise en place d'une organisation permettant dans un cadre légal et des délais compatibles avec les cérémonies de deuil, l'autopsie scientifique systématique, selon les règles propres à l'autopsie judiciaire et comprenant un scanner corps entier des militaires morts au combat en opérations"

On propose d'appliquer ladite recommandation donc en vue d'établir un registre des décès en service. La procédure serait effectuée au sein de l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale situé à Pontoise. Il s'agit de réaliser de façon systématique un examen de corps par un médecin légiste militaire au sein de l'IRCGN, un examen des effets personnels et des protections, la réalisation de prélèvements peu invasifs et enfin un scanner injecté corps entier du défunt à l'aide du d'un scanner couplé d'un appareil **Virtangio®**.

Il s'agit d'un équipement dont l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale dispose actuellement dans ses locaux et permettant une visualisation précise de l'arbre vasculaire. Ces informations peuvent s'avérer d'importance dans les cas de plaie pénétrante par arme à feu. On peut ainsi visualiser le ou les axes vasculaires touchés avec une grande précision, ce qui n'est pas toujours possible lors d'une autopsie "classique". Par ailleurs, une autopsie dite classique ne serait pas systématiquement requise dans le cas où il est réalisé un examen externe du corps, des prélèvements peu invasifs et les examens d'imageries pré-cités. Ces derniers permettent en effet de préciser les causes et les mécanismes du décès sans intervention invasive sur le corps.

Un tel registre constituerait un matériel d'étude inestimable en vue d'améliorer la doctrine de sauvetage au combat, la prise en charge médico-chirurgicale initiale des combattants blessés. On pourrait également envisager d'utiliser les données collectées pour adapter ou améliorer les équipements de protection individuels et collectifs des combattants.

On pourrait également étudier en vue d'améliorations, l'accidentologie des vecteurs motorisés, tout comme il serait possible d'améliorer nos connaissances en termes de balistique lésionnelle en étudiant des séries de dossiers issus de la base de données.

Sur un plan plus humain, cela permettrait aux praticiens ayant pris en charge le défunt une meilleure compréhension des causes du décès et ainsi une meilleure acceptation de la perte d'un patient et d'un camarade.

Une telle mesure serait souhaitable pour 55,5% des médecins de l'échantillon ce qui montre une bonne adhésion globale au projet, mais indiquant la nécessité d'une bonne communication en interne afin

d'expliquer les tenants et aboutissants d'un tel protocole. Par ailleurs, le cadre juridique de tels examens devrait clairement être défini, notamment eu égard au consentement de la victime ou de son entourage.

5) CONCLUSION

Le présent travail a permis d'étudier les pratiques médico-légales de médecins généralistes du Service de santé des armées, dans le cadre de leur emploi au sein de la médecine des forces.

Après une première partie consacrée à la définition de la médecine légale, à son organisation et aux règles de bonnes pratiques mises en œuvre, nous nous sommes intéressés à faire un état des lieux des situations médico-légales susceptibles d'être rencontrées au sein du Service de santé des armées par l'analyse de données déclaratives issues du CESPA.

A l'issue de ce travail, un questionnaire a été établi puis diffusé aux fins de connaître la pratique de praticiens des armées sur l'ensemble du spectre de la médecine légale.

L'analyse statistique des résultats nous conduit à conclure que les pratiques médico-légales dans le Service de santé des armées peuvent faire l'objet de travaux d'amélioration en vue de se rapprocher des référentiels proposés. Ces améliorations paraissent attendues dans la mesure où les décès constatés par les praticiens des armées impliquent bien plus souvent la présence d'un obstacle médico-légal voire la nécessité d'investigations menées par l'autorité judiciaires, que ceux de la population générale.

Dans une discipline souvent invasive et où le retour en arrière est bien souvent impossible, l'attitude initiale, la bonne réalisation des prélèvements et des constatations conditionnent grandement la suite des investigations voire la résolution d'une affaire. Une mauvaise prise en charge initiale sur le plan médico-légal représente un risque que les indices nécessaires à la suite de l'enquête n'aient pas été collectés, rendant ensuite difficile le travail de l'autorité judiciaire pour établir les mises en cause.

Il apparaît possible dans cet objectif de prendre des mesures simples et peu coûteuses : adaptation de modules de formations déjà existants, mise à disposition de fiches guide pour la pratique des actes médico-légaux, mise à disposition du matériel utile pour les constats et mise en place d'un réseau et d'une astreinte médico-légale de praticiens déjà formés. Enfin on pourrait proposer des formations complémentaires aux médecins partant en zones sous dotées en moyens médico-légaux.

Il conviendrait également d'améliorer la prise en charge médico-légale globale des militaires décédés dans le cadre du service notamment par la constitution d'un registre des militaires décédés en service, permettant ainsi une meilleure étude des causes de décès des militaires et une amélioration des équipements de protection et de la prise en charge médico-chirurgicale du combattant.

6)BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [Cité 24 sept 2019]. Disponible sur : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=m%C3%A9decine+l%C3%A9gale>
2. Conseil de L'Europe. Harmonisation des règles en matière d'autopsie médicolégale. R99 févr. 3, 1999.
3. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 27 févr. 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_533467/fr/prise-en-charge-en-cas-de-mort-inattendue-du-nourrisson-moins-de-2-ans
4. Identification des victimes de catastrophes (IVC) [Internet]. [Cité 27 févr. 2020]. Disponible sur : <https://www.interpol.int/fr/Notre-action/Police-scientifique/Identification-des-victimes-de-catastrophes-IVC>
5. Mangin P, Bonbled F, Väli M, Luna A, Bajanowski T, Hougen HP, et al. European Council of Legal Medicine (ECLM) accreditation of forensic pathology services in Europe. Int J Legal Med. Mars 2015 ;129(2) :395-403.
6. JARDÉ O. RAPPORT AU PREMIER MINISTRE SUR LA MÉDECINE LÉGALE. :30.
7. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. JUSD1033764C déc. 28, 2010 p. 19.
8. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013 [Internet]. ESRS1308333A - ESR. Disponible sur : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
9. Code civil - Article 81. Code civil.
10. Canas F. L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès. LA REVUE DU PRATICIEN. 2005 ;8.
11. Code de procédure pénale - Article 74. Code de procédure pénale.
12. Code de procédure pénale - Article 77-1. Code de procédure pénale.
13. Code de procédure pénale - Article 60. Code de procédure pénale.
14. Code de justice militaire (nouveau) - Article L212-22. Code de justice militaire (nouveau).
15. Code de justice militaire (nouveau) - Article L211-7. Code de justice militaire (nouveau).
16. Delor C. Morts suspectes. Certificats de décès et de levée de corps : étude à Charleville-Mézières sur 2 ans entre 2007 et 2008 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2009.
17. Giordano A. Modalités de pose de l'obstacle médico-légal en pré-hospitalier : évaluation des pratiques professionnelles dans la région d'Annecy [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France] : Université Joseph Fourier ; 2011.
18. D'Andréa D. Pertinence de la rédaction des certificats de décès par les médecins généralistes de Moselle [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine ; 2019.

19. Moffroid C, Nougein P. Evaluation des pratiques des médecins généralistes de Picardie concernant le certificat de décès. Amiens, France : Université de Picardie ; 2015.
20. Richaud-Eyraud E, Rondet C, Rey G. [Transmission of death certificates to CepiDc-Inserm related to suspicious deaths, in France, since 2000]. Rev Epidemiol Sante Publique. Mars 2018 ;66(2) :125-33.
21. 569 200 personnes décédées en France en 2013 - Insee Focus - 13 [Internet]. [Cité 19 févr. 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379710>
22. Le Tourneur T. Agressions sexuelles dans la région lilloise : étude descriptive rétrospective sur 3 ans [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France] : Université du droit et de la santé ; 2016.
23. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations. :32.
24. Malicier D. [Death certificate and diagnosis of violent death]. Rev Prat. 1 avr. 2002 ;52(7) :719-22.
25. Item 9 : décès et législation, prélèvements d'organes et législation- ClinicalKey [Internet]. [Cité 26 mars 2018]. Disponible sur : <https://www-clinicalkey-fr-s.bibliopam-evdg.org/#!/content/journal/1-s2.0-S1878652917300573>
26. Justice / Portail / Organisation de la Justice [Internet]. [Cité 12 sept 2018]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/>
27. Lehn A. Le certificat de décès et l'obstacle médico-légal en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Strasbourg (2009-...). Faculté de médecine ; 2017.
28. Schröder AS, Wilmes S, Sehner S, Ehrhardt M, Kaduszkiewicz H, Anders S. Post-mortem external examination : competence, education and accuracy of general practitioners in a metropolitan area. Int J Legal Med. Nov 2017 ;131(6) :1

7) ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire diffusé lors de l'étude

Questionnaire sur la pratique médico-légale au sein des armées.

Ce questionnaire est diffusé dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale ayant vocation à évaluer la pratique médico-légale des praticiens généralistes au sein des Armées (formations acquises mais surtout expérience pratique).

Ce questionnaire sera anonymisé et identifié par un numéro, votre participation est basée sur le volontariat. Ce dernier peut être complété en 10 minutes et devra être retourné à valentin.bila@intradefgouv.fr

Toutes les questions concernent votre activité de médecin des forces, excluant l'activité de gardes hospitalières ou préhospitalières ainsi que la pratique dans le secteur civil. Le questionnaire interroge la pratique concrète et non votre connaissance des référentiels, merci de répondre en toute sincérité.

A) Caractéristiques socio-démographiques

Age :

--	--

 ans

Sexe : Masculin Féminin

Quel est votre grade ?

- Depuis combien d'années exercez-vous comme médecin des forces ?
 0 et 4 5 et 9 10 et 14 15 et 19 20 et 24 Plus de 25 ans

- Actuellement dans quelle Armée exercez-vous **principalement** vos fonctions ?

- Terre Air Mer Gendarmerie
- Autre, précisez :

- Êtes-vous déjà parti en opération extérieure ou en mission de courte durée ?

- Oui Non

Si oui, combien de fois :

Si oui, dans quel(s) pays ?

- | | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Sénégal | <input type="radio"/> Niger | <input type="radio"/> Syrie |
| <input type="radio"/> Côte d'Ivoire | <input type="radio"/> Tchad | <input type="radio"/> Irak |
| <input type="radio"/> Gabon | <input type="radio"/> Centrafrique | <input type="radio"/> Afghanistan |
| <input type="radio"/> Mauritanie | <input type="radio"/> Liban | <input type="radio"/> Guyane |
| <input type="radio"/> Mali | <input type="radio"/> Djibouti | |
| <input type="radio"/> Burkina Faso | <input type="radio"/> Emirats arabes unis | |
| <input type="radio"/> Autres, précisez | <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table> | |

B) Formations dans le domaine médico-légal

Avez-vous reçu des formations dans le domaine médico-légal ?

- Lors de votre externat dans le cadre du tronc commun Oui Non
Lors de votre externat dans le cadre d'UE optionnelles Oui Non
Lors de votre internat Oui Non
Après l'internat et dans le cadre de la FMC Oui Non

Si oui, précisez lesquelles ?

C) Situations relevant du domaine médico-légal dans le cadre de vos fonctions de médecin des forces

Dans le cadre de vos fonctions de médecin des forces, avez-vous été amené à constater un ou des décès ?

- 0 1 2 à 5 6 à 8 > 8 fois

Si au moins un décès constaté, avez-vous coché la case obstacle médico-légal ?

- 0 1 2 à 5 6 à 8 > 8 fois

Merci de remplir le tableau suivant comme dans l'exemple. Chaque ligne correspond à un constat de décès que vous avez effectué. Si vous ne vous souvenez plus d'une information, laissez la case vide.

Sexe	Contexte	Lieu	Circonstances	Pose d'un obstacle ?
Homme	MCD	Djibouti	Suicide	Oui

Dans le cadre de vos fonctions de médecin des forces, avez-vous déjà été dans une situation nécessitant de :

Faire un examen à visée médico-légale d'une victime d'agression ?

Oui Non Si oui, combien de fois ?

--	--

Faire un examen à visée médico-légale d'une victime de torture ou de mauvais traitements ?

Oui Non Si oui, combien de fois ?

--	--

D) Pratique médico-légale

1) Médecine légale du vivant

Etes-vous à l'aise sur le plan technique pour l'examen d'une victime :

Sur une échelle de 1 à 10

D'agression

--	--

D'agression sexuelle

--	--

a) Examen de victime d'agression (*si vous n'avez jamais fait l'examen d'une victime d'agression, ne pas compléter les parties a à c)*

Dans quel cadre avez-vous examiné une ou des **victimes d'agression (y compris à caractère sexuel)** ?

- | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sur réquisition judiciaire | <input type="radio"/> Sur demande du commandement |
| <input type="radio"/> A sa demande | <input type="radio"/> Sur demande de l'entourage |

Interrogatoire et examen clinique de **victime(s) d'agression (y compris à caractère sexuel)**

Données recueillies au cours de l'interrogatoire	Toujours	Parfois	Jamais
Antécédents de la victime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Circonstances précises des violences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identifier les signes de réaction psychiques liés à l'agression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spécifiquement en cas d'agression sexuelle			
Circonstances précises des violences sexuelles (pénétrations, éjaculation, préservatif, nombre d'agresseurs, violences physiques associées)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prise d'alcool, de stupéfiant, ou une amnésie évoquant une soumission chimique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents gynéco-obstétricaux de la victime	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les liens de la victime avec l'agresseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actes réalisés au cours de l'examen clinique	Toujours	Parfois	Jamais
Examen clinique complet patient déshabillé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Photographies des lésions constatées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si nécessaire des examens complémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recours à un avis spécialisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mention dans le certificat final des signes de réactions psychiques liés à l'agression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spécifiquement en cas d'agression sexuelle			
Prélèvements sanguins à visée toxicologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisation d'écouvillonnages vaginaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisation d'écouvillonnages anaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisation d'écouvillonnages buccaux ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Orientation de victime d'agression sexuelle

Orientez-vous le/la patient/patiante en milieu spécialisé si cela est possible ?

Toujours Parfois, selon les circonstances Jamais

Si oui vers quel type de structure :

Unité Médico-judiciaire Service de Gynécologie Services d'urgences
 Autre, précisez

Avez-vous déjà réalisé un constat d'agression sexuelle en situation isolée, sans possibilité de recours à une structure spécialisée ? Oui Non

c) Réalisation de photographies de lésions à but médico-légal

Avez-vous réalisé une vision large de la lésion photographiée pour montrer sa localisation, puis une vision proche centrée sur cette dernière ?

Toujours Parfois, selon les circonstances Jamais

Avez-vous utilisé un test centimétrique sur les photographies ?

Toujours Parfois, selon les circonstances Jamais

Quel type d'appareil photographique avez-vous utilisé ?

Un appareil dédié à cette fonction Appareil photo personnel Téléphone portable

2) Médecine légale du sujet décédé

Etes-vous à l'aise, sur le plan technique, pour l'examen d'un corps décédé ?

Echelle de 1 (pas du tout à l'aise) à 10 (parfaitement à l'aise)

--	--

Si vous n'avez jamais constaté de décès merci de laisser la suite de cette partie vierge.

Lors de la rédaction de certificat de décès dans le cadre de la levée de corps :

Comment avez-vous vérifié l'identité de la victime ?

- Papiers d'identité Témoignages Effets de la victime Autre

--

Quels critères avez-vous utilisé pour définir l'heure du décès ?

- Dires des témoins Observation du cadavre Date et heure du constat de décès

Autre

--

Avez-vous réalisé un examen de corps avant de rédiger le certificat de décès ?

- Toujours Parfois Jamais

Avez-vous examiné le corps :

- Corps intégralement dénudé Partiellement dénudé Sans déshabiller le corps

Lors de l'examen de corps avez-vous :	Toujours	Parfois	Jamais
Retourné le corps pour en examiner toutes les faces ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspecté tous les orifices corporels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noté la température corporelle et la température ambiante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Noté l'heure de mesure de la température ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspecté les conjonctives et les globes oculaires ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pris des photographies du corps ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examiné l'environnement autour du cadavre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recherché des ordonnances/médicaments ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pris des photographies de l'environnement du cadavre ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examiné les vêtements du défunt ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisé des prélèvements ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recherché les antécédents de la personne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A l'issue de l'examen du cadavre :

Êtes-vous parvenu à dater approximativement le décès par l'examen du cadavre ?

Toujours Parfois, selon les circonstances Jamais

Êtes-vous parvenu à préciser la cause du décès (diagnostic médical) ?

Toujours Parfois, selon les circonstances Jamais

Avez-vous déjà eu recours à **un médecin légiste** lors d'un constat de décès ? Oui Non

Parmi les situations suivantes dans lesquelles **cochez-vous l'obstacle médico-légal** ?

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Homicide ou suspicion d'homicide | <input type="radio"/> Décès au combat | <input type="radio"/> Mort subite inattendue |
| <input type="radio"/> Suicide ou suspicion de suicide | <input type="radio"/> Accident de la voie publique | <input type="radio"/> Accident du travail |
| <input type="radio"/> Décès consécutif à une maladie professionnelle | | <input type="radio"/> Suspicion de faute médicale |
| <input type="radio"/> Découverte de restes humains non identifiables | | <input type="radio"/> Décès lors d'une catastrophe naturelle |
| <input type="radio"/> Suspicion de torture, de mauvais traitements ou de violation des droits de l'Homme | | |
| <input type="radio"/> Décès lors d'une détention, d'une garde à vue, ou d'une arrestation | | |
| <input type="radio"/> Décès d'une personnalité publique (VIP) | | |

E) Conclusion

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire, nous aimerais avoir votre avis sur les points suivants :

Seriez-vous favorable à la modification des modules de formations complémentaires pratiques sur la médecine légale (formation EVDG) en vue de les rendre plus adaptés aux praticiens des armées :

Oui Oui avec réserves en fonction des modalités pratiques Non

Seriez-vous favorable à **l'édition de trames de rapports et fiches guides** résumant la conduite à tenir, en situation isolée, en cas de :

Examen d'une personne décédée ? Oui Non

Examen d'une victime de violences, d'agression ou de mauvais traitements ? Oui Non

Examen d'une victime d'agression sexuelle ? Oui Non

Seriez-vous favorable à la mise à disposition de kit de prélèvements standardisé « Agression sexuelle » en situation isolée ?

Oui Non

Seriez-vous favorable à ce qu'un examen de corps réalisé par un médecin-légiste militaire et scanner injecté soient effectués pour tous les militaires décédés en service, cela en vue de disposer d'un registre médico-légal des décès en service ?

Oui Non

Commentaires libres :

Annexe 2 : Version intégrale brute des données issues de l'étude préliminaire par extraction des bases de données du CESPA

- Décès

Tableau 1 : Nombre et taux d'incidence pour 100 000 personnes-années (TI p. 100 000 PA) des décès chez les militaires français, de 2012 à 2017 (Source : surveillance épidémiologique des armées)

	2012	2013 ⁽¹⁾	2014 ⁽¹⁾	2015 ⁽¹⁾	2016 ⁽¹⁾	2017 ⁽¹⁾
Décès toutes causes	237	181	153	144	166	137
TI p. 100000 PA	72,8	56,5	49,0	47,0	52,6	43,3
Décès en service et hors maladie ⁽²⁾	42	44	25	32	47	23
TI p. 100000 PA	12,8	13,5	7,8	10,2	15,3	7,3

I) Données du SSA non consolidées par croisement avec celles du Service des pensions des armées.

II) Décès avec une cause violente pouvant nécessiter une expertise médico-légale (par accident, blessures par arme à feu, suicide...)

Tableau 2 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon les circonstances et l'année de survenue (N=213, 2012-2017)

Années de survenue	Suicide	AVP	Accident aérien	Combat	Arm e	Noyade	Sport *	Autres **	Total
2012	14	12	1	10	1	0	1	3	42
2013	13	16	0	3	2	1	5	4	44
2014	11	9	1	1	0	1	1	1	25
2015	11	5	9	2	2	0	1	2	32
2016	15	9	7	0	6	1	1	8	47
2017	9	7	0	0	3	3	0	1	23
Total	73	58	18	16	14	6	9	19	213

* Hors natation

** Avalanche, accident de plongée, chutes, saut en parachute, mort subite etc...

Liste des circonstances autres (N=19)

AVALANCHE

ECRASE PAR CRIMINEL EN FUITE

PARACHUTE

Coup de chaleur exercice

MORT VIOLENTE

CHUTE MONTAGNE

AVALANCHE

BRULE EN ATTAQUE INCENDIE

AVALANCHE

AVALANCHE

AVALANCHE

Feu appartement

ACCIDENT DE PLONGÉE

SAUT PARA OA

AVALANCHE

AVALANCHE

CHUTE MONTAGNE
ACCIDENT VAB

Tableau 3 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon le lieu de survenue (N=213, 2012-2017)

Années de survenue	Suicide	AVP	Accident aérien	Combat	Arme	Noyade	Sport*	Autres**	Total
En mer [†]	2	0	0	0	0	0	0	0	2
En métropole	58	48	5	2	3	6	9	17	148
Outre-mer	6	8	9	2	2	0	0	2	29
OPEX	7	2	4	12	9	0	0	0	34
Total	73	58	18	16	14	6	9	19	213

* Hors natation

** Avalanche, accident de plongée, chutes, saut en parachute, mort subite etc...

† Sur un bâtiment de la Marine Nationale à la mer

Tableau 4 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon le territoire de survenue et la réalisation d'une autopsie (N=213, 2012-2017)

		En mer [†]		En métropole		Outre-mer		OPEX
Autopsie réalisée		N	%	N	%	N	%	N
Oui		0	0,0	76	51,4	9	31,0	8
Non		2	100,0	64	43,2	17	58,6	23
Inconnu		0	0,0	8	5,4	3	10,3	3
Total		2	100,0	148	100,0	29	100,0	34

Tableau 5 : Distribution des décès dans les armées hors maladie et en service selon les circonstances et la réalisation d'une autopsie (N=213, 2012-2017)

	Suicide		AVP		Accident aérien		Combat		Arme		Noyade		Sport*		Autres**
Autopsie réalisée	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Oui	43	58,9	14	24,1	7	38,9	3	18,8	6	42,9	5	83,3	1	11,1	14
Non	25	34,2	42	72,4	9	50,0	13	81,2	7	50,0	1	16,7	5	55,6	4
Inconnu	5	6,8	2	3,5	2	11,1	0	0,0	1	7,1	0	0,0	3	33,3	1
Total	73	100	58	100	18	100	16	100	14	100	6	100	9	100	19

• **ESAR**

Au total 13 rapports sexuels forcés ont été déclarés à la surveillance entre 2012 et 2017 dans le cadre de la prise en charge d'ESAR. Il s'agissait de 6 femmes militaires à priori violées (5 rapports avec pénétration vaginale et 1 avec pénétration anale) ; et 7 hommes dont 2 à priori violés (pénétration anale par d'autres hommes) et 5 rapports forcés avec des femmes (donc à priori il s'agit de violeurs mais sans certitude – donc à prendre avec des pincettes).

• **BAF**

Entre 2007 et 2017, 701 militaires français ont été blessés par armes ou engins explosifs en OPEX.

Tableau 6 : Nombre de militaires français blessés par armes ou engins explosifs dans les armées et selon le type de mission de 2012 à 2017 (Source : surveillance épidémiologique des armées)

	2012	2013	2014	2015	2016 [‡]	2017
Blessés dans les armées	90	46	61	57	65	46

Blessés en OPEX	61	11	49	41	51	29
-----------------	----	----	----	----	----	----

[‡] Depuis 2016, la surveillance épidémiologique a été étendue aux blessures par armes blanches

- TPRE

L'évolution du nombre de troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant chez les militaires français et du taux d'incidence pour 100 000 personnes-année déclarés entre 2012 et 2017 est présentée dans le tableau x.

Tableau 7 : Nombre et taux d'incidence pour 100 000 personnes-années (TI p. 100 000 PA) des troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant déclarés dans les armées de 2012 à 2017 (Source : surveillance épidémiologique des armées)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cas déclarés	282	384	326	385	370	196
TI p.100000 PA	86,6	119,8	104,5	125,6	117,2	61,9

Annexe 3 : Version intégrale brute des données issues des réponses au questionnaire diffusé.

A) Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Age :

Min : 26, Max : 59, Moyenne : 35,6, Médiane : 34,50

Sexe

F : 130 (51,2%), M : 120 (47,2%), NA : 4 (1,6%)

Grade :

MED : 86 (33,9%) MP : 94 (37,0%) MC : 72 (28,3%) NA : 2 (0,8%)

Ancienneté :

0 à 4 : 93 (36,6%)

5 à 9 : 71 (27,9%)

10 à 14 : 46 (18,1%)

15 à 19 : 30 (11,8%)

20 à 24 : 8 (3,1%)

> à 25 : 6 (2,36%)

Armée principalement soutenue

Terre : 131 (51,6%)

Air : 38 (15,0%)

Mer : 30 (11,8%)

Gendarmerie : 29 (11,4%)

Interarmes : 14 (5,5%)

SSA : 4 (1,57%)

Autre : 8 (3,1%)

Expérience opérationnelle (Participation à au moins une OPEX)

OUI : 204 (80,3%)

NON : 50 (19,7%)

Nombre d'OPEX :

Min : 0 Max : 32 Moyenne 3,16 Médiane : 2

Théâtres d'OPEX :

Mali : 97 (38,2%)

Tchad : 63 (24,8%)

Afghanistan : 55 (21,6%)

RCI : 47 (18,5%)

Liban : 42 (16,5%)

RCA : 38 (14,0%)

Djibouti : 36 (14,2%)

Niger : 33 (13,0%)

Guyane : 32 (12,6%)

EAU : 24 (9,4%)

Kosovo : 19 (7,5%)

Gabon : 18 (7,1%)

Burkina : 17 (6,7%)
Irak : 13 (5,1%)
Sénégal : 9 (3,5%)
Mauritanie : 6 (2,4%)
Mission embarquée : 12 (4,7%)
Syrie : 3 (1,2%)
Autre : 72 (28,3%)

B) Formations préalables et expérience dans le domaine médico-légal

Formation dans le cadre du tronc commun

Oui : 150 (59,0%)
Non : 98 (38,6%)
NA : 6 (2,4%)

Formation dans le cadre d'UE optionnelles

OUI : 9 (3,5%)
NON : 230 (90,5%)
NA : 15 (5,9%)

Formation dans le cadre de l'internat :

OUI : 98 (38,6%)
NON : 150 (59,0%)
NA : 6 (2,4%)

Formation dans le cadre de la FMC :

OUI : 67 (26,4%)
NON : 179 (70,5%)
NA : 8 (3,1%)

FMC dans le domaine médico-légal :

DIU RJDC : 19 (7,5%)
CAMU : 16 (6,3%)
FORMATION EVDG : 11 (4,3%)
DU AUTRE : 10 (3,9%)
CAPA MEDICO-JUDIC : 6 (2,4%)
Exp-BRUGNOT : 6 (2,4%)
FMC AUTRE : 6 (2,4%)
MOD-BMFT : 5 (2,0%)
FORM-RJDC : 4 (1,6%)
CAPA MED SPORT : 3 (1,2%)
DESC-MU : 1 (0,4%)

C) Situations relevant du domaine médico-légal dans le cadre des fonctions de médecin des forces

Nombre de décès constatés au cours de la carrière :

0 : 177 (69,7%)
1 : 36 (14,2%)
2 à 5 : 32 (12,6%)
6 à 8 : 3 (1,2%)
> 8 : 6 (2,4%)

Au total on constate que 30,31% des médecins militaires de l'échantillon ont constaté au moins un décès au cours de leur carrière.

Si au moins un décès, nombre de décès avec présence d'un OML

0 : 73 (56,1%)
1 : 32 (24,6%)
2 à 5 : 22 (19,9%)
> 8 : 3 (2,3%)

Circonstances des constats médico-légaux réalisés par les médecins militaires :

Total de 159 décès constatés par 77 médecins différents

1)Contexte opérationnel lors du constat :

Lors d'une OPEX : 67 (42,7%)
En Métropole : 53 (33,8%)
Lors d'un Séjour Longue Durée : 12 (7,6%)
Lors d'une Mission de Courte Durée : 12 (7,6%)
Lors d'un Entrainement : 2 (1,3%)
Autre : 5 (3,2%)

Au total on constate que 58,0% des constats de décès se font hors de la France Métropolitaine

2)Circonstance lors du constat :

Suicide : 35 (22,1%)
Décès lors d'un combat : 14 (8,9%)
Homicide : 11 (7,0%)
Accident de la voie publique : 11 (7,0%)
Décès présumé accidentel : 11 (7,0%)
Décès suite explosion d'un IED : 7 (4,4%)
Décès accidentel du à une arme, tir fratricide inclus : 6 (3,8%)
Noyade : 5 (3,2%)
Accident Aérien : 4 (2,5%)
Sport : 2 (1,3%)
Autres causes de décès non précisées : 47 (29,7%)
Autres causes de décès : 5 (3,2%)
 1 AVC Massif 0.6%
 1 Maladie à Virus Ebola 0.6%
 1 Mort subite 0.6%
 2 Entrainement opérationnel 1.30%

3)Sex ratio des victimes

Femme : 15 (9.4%)
Homme : 144 (90.6%)

4)Lieu du constat

France : 62 (40%)

Agen : 1
Saint-Dizier : 1
Brest : 1
Brive : 1
Calvi : 1
Canjuers : 1
Castres : 1
Caylus : 1
Cherbourg : 2
Dpt Eure : 1
Fréjus : 1
Froideconche : 1
Grenoble : 1
HIA Laveran : 3
HIA autre : 1
La Cavalerie : 1
La Rochelle : 1
Marseille : 1
Mont-Louis : 2
Olivet : 1
Orléans : 1
Paris : 9
Tarbes : 2
Saumur : 1
Solenzara : 6
St Aubin du Cormier : 1
Toulon : 1
Valdahon : 2
Vannes : 1
Autre France : 14

République de Côte d'Ivoire : 15 (9,7%)

Mali : 14 (9,0%)

République de Centrafrique : 10 (6,5%)

Afghanistan : 9 (5,8%)

Djibouti : 6 (3,9%)

Liban : 6 (3,9%)

Guyane : 5 (3,2%)

Autre : 28 (18,0%)

Kosovo : 3

Nouvelle-Calédonie : 2

Terres australes Françaises : 2

Sénégal : 2

Tchad : 2

Nouvelle-Calédonie : 2

Terres Australes : 2

Guinée-Conakry

Burkina-Faso : 1

Cameroun : 1

Congo : 1

Ex-Yougo : 1

Irak : 1

Kourou : 1
Martinique : 1
Mayotte : 1
En Mer : 1
Niger : 1
Nouméa : 1

5) Pose d'un obstacle médico-légal :

Oui : 99 (63,9%)
Non : 56 (36,1%)

Au moins un examen de victimes à visée médicolégale :

OUI : 180 (70,9%)
NON : 72 (28,3%)
NA : 2 (0,8%)

Nombre d'examen si au moins une :

Min : 0 Max : 50, Médiane : 5, Moyenne : 7,01

Au moins un examen de victimes de tortures ou de mauvais traitements

OUI : 23 (9,0%)
NON : 230 (90,5%)
NA : 1 (0,4%)

Nombre d'examens de victimes de tortures ou de mauvais traitements

Min : 0, Max 15, Médiane : 2, Moyenne : 3,065

D) Pratique médico-légale

1) Médecine légale du vivant

Aisance sur le plan technique pour un constat d'agression (Echelle 1 à 10)
Min 1, Max : 10, Médiane : 7, Moyenne : 6,65

Aisance sur le plan technique pour un constat d'agression sexuelle (Echelle de 1 à 10)
Min 0, Max : 9, Médiane : 2, Moyenne : 2,83

a) Examen de victimes d'agression.

Cadre de l'examen de victime

(En pourcentage du nombre total de réponses, plusieurs réponses étaient possibles)

Sur réquisition : 45

A sa demande de la victime : 174

Sur demande du commandement : 64

Sur demande de l'entourage : 10

Données recueillies au cours de l'interrogatoire d'une victime d'agression :

	Toujours	Parfois	Jamais
Antécédents de la victimes	123 (68,0%)	52(28,7%)	6 (3,31%)
Circonstance précises des violences	179 (98,9%)	2 (1,1%)	0 (0%)
Signes de réactions psychiques	148 (81,3%)	31 (17,0%)	3 (1,6%)

Spécifiquement au cours d'une agression sexuelle :

	Toujours	Parfois	Jamais
Circonstances précises de l'agression	86 (79,6%)	12 (11,1%)	10 (9,3%)
Recherche d'une prise de toxiques ou signes de soumission chimiques	70 (64,8%)	25 (23,1%)	13 (12,0%)
Antécédents gynéco-obstétricaux	74 (57,4%)	34 (31,4%)	12 (11,1%)
Liens avec l'agresseur présumé	85 (78,7%)	11 (10,2%)	12 (11,1%)

Actes réalisés au cours de l'examen d'une victime d'agression :

	Toujours	Parfois	Jamais
Examen complet déshabillé	180(86,3%)	23(12,6%)	2(1,1%)
Photographies des lésions	20(11,11%)	74 (41,1%)	86(47,8%)
Examen complémentaires	63(34,8%)	107(59,1%)	11(6,1%)
Recours à un avis spécialisé	11(6,0%)	120(65,9%)	51(28,0%)
Mention dans le certificat final des signes de réaction psychiques.	74(40,7%)	90(49,4%)	18(9,9%)

Dans le cadre spécifique d'une agression sexuelle :

	Toujours	Parfois	Jamais
Prélèvements sanguins à visée toxicologiques	20 (21,5%)	27 (29,0%)	46 (49,5%)
Exam anal	18 (19,3%)	27 (29,0%)	48 (51,6%)
Réalisation d'écouvillonnages vaginaux	18 (19,6%)	19 (20,6%)	55 (59,8%)
Réalisation d'écouvillonnages anaux	7 (7,6%)	20 (21,7%)	65 (70,6%)
Réalisation d'écouvillonnages buccaux	9 (9,8%)	21 (22,8%)	62 (67,4%)

b) Orientation de la victime d'agression sexuelle

Orientation vers un milieu spécialisé :

Toujours : 81 (63,8%)

Parfois : 43 (33,9%)

Jamais : 3 (2,4%)

Si oui vers quel type de structure ? :

UMJ : 95 (53,7%)

Service de Gynécologie : 45 (26,7%)

Service d'urgences : 30 (14,9%)

Autre : 9 (4,5%)

Parmi les réponses autres :

- Psychiatrie : 2
- Ce qui serait disponible sur place
- Médico-psychologique
- Psy
- Psychologue
- Autre 3

Situation de constat d'agression sexuelle en situation isolée

Oui : 10 (7,0%)

Non : 133 (93,0%)

c) Réalisation de photographies de lésions à but médico-légal :

Techniques de réalisation conforme (Plan large puis plan serré)

Toujours : 10 (5,9%)

Parfois : 55 (32,7%)

Jamais : 103 (61,3%)

Utilisation d'un test centimétrique :

Toujours : 12 (7,4%)

Parfois : 30 (18,4%)

Jamais : 121 (74,2%)

Type d'appareil utilisé

Appareil dédié : 3 (3,2%)

Appareil photo personnel : 16 (17,2%)

Téléphone personnel : 87 (79,6%)

2) Médecine légale du sujet décédé

Aisance sur le plan technique pour l'examen de corps du sujet décédé de 1 à 10

Minimum : 0 Maximum 10 Médiane 3, Moyenne : 3,44

Moyens utilisés pour vérifier l'identité de la victime

(*En pourcentage du nombre total de réponses, plusieurs réponses étant possibles*)

Papiers d'identité : 54 (45,8%)

Témoignages : 35 (29,7%)

Effets de la victime : 17 (14,4%)

Autres : 12 (10,2%)

Dossier médical 1

Étiquette patient 2

ID par connaissance 4

OPEX : pas d'identité 1

Personnel de garde 1

PLAQUE PATRONYMIQUE 2

Prévôts 1

Tatouage 1

Tous les documents et témoignages pouvant aider 1

Critères utilisés pour définir l'heure du décès (Question à choix multiples)

(*En pourcentage du nombre total de réponses, plusieurs réponses étant possibles*)

Témoignages : 32 (32,0%)

Observation du cadavre : 15 (15,0%)

Date et heure du constat : 44 (44,0%)

Autres : 9 (9,0%)

Approximatif : 1

Confirmation avec médecin légiste : 1

Constatation propre : 1

Décès constaté par moi-même : 1

Heure du coup de feu : 1

Personne récupérée en mer, datation difficile : 1

Présente lors des faits : 1

Température : 1

Réalisation d'un examen de corps avant rédaction du certificat de décès

Toujours : 54 (72,0%)

Parfois : 8 (10,7%)

Jamais : 13 (17,3%)

Conditions d'examen du corps

Intégralement dénudé : 32 (45,7%)

Partiellement dénudé : 28 (40,0%)

Sans le déshabiller 10 (14,3%)

Lors de l'examen de corps :

Gestes pratiqués	Toujours	Parfois	Jamais
Examen de toutes les faces	43 (60,6%)	14 (19,7%)	14 (19,7%)
Inspection de tous les orifices corporels	15(21,1%)	21 (29,6%)	35 (49,3%)
Relevé de température corporelle et température ambiante	9 (12,7%)	15 (21,1%)	47 (66,2%)
Noté l'heure des relevé	9 (13,0%)	15(21,7%)	45 (65,22%)
Inspection des conjonctives et des globes oculaires	26 (36,6%)	17 (23,9%)	28 (39,4%)
Photographie du défunt	16 (22,54%)	19 (26,8%)	36 (50,7%)
Examen de l'environnement	43 (60,6%)	12 (16,9%)	16 (22 ;5%)
Rechercher des ordonnances ou de médicaments	33 (46,5%)	12 (16,9%)	26 (36,6%)
Pris des photographies de l'environnement	10 (14,1%)	10 (14,1%)	51 (71,8%)
Examen des vêtements	31 (43,7%)	19 (26,8%)	21 (29,58%)
Réalisation de prélèvements	6 (8,45%)	17 (23,9%)	48 (67,6%)
Rechercher les antécédents	39 (54,9%)	13 (22,5%)	16 (22,5%)

A l'issue de l'examen du corps :

A-t-il été possible de dater approximativement le décès ?

Toujours : 18 (25,71%)

Parfois selon les circonstances : 30 (42,9%)

Jamais : 22 (31,4%)

A-t-il été possible de déterminer la cause du décès ?

Toujours : 32 (45,1%)

Parfois selon les circonstances : 31 (43,7%)

Jamais : 8 (11,3%)

Déjà eu recourt à un médecin Légiste lors d'un constat de décès ?

OUI : 14 (18,9%)

NON : 60 (81,1%)

Situations amenant à cocher l'obstacle médico-légal :

(Plusieurs réponses étaient possibles, en pourcentage du nombre de répondants N=77)

Homicide ou suspicion d'homicide : 70 (90%)

Décès au combat : 42 (54,5%)

Mort subite inattendue : 68 (88,3%)

Suicide ou suspicion de suicide : 66 (85,7%)

Accident de la voie publique : 35 (45,4%)

Accident du travail : 44 (57,1%)

Décès consécutif à une maladie professionnelle : 24 (31,2%)

Suspicion de faute médicale : 56 (72,7%)

Découverte de restes humains non identifiables : 65 (84,4%)

Décès lors d'une catastrophe naturelle : 17 (22,1%)

Suspicion de torture, de mauvais traitements ou de violation des droits de l'Homme : 66 (85,7%)

Décès lors d'une détention, d'une garde à vue, ou d'une arrestation : 69 (89,6%)

Décès d'une personnalité publique (VIP) : 20 (26,0%)

E) Conclusion et enquête d'opinion

Une modification des modules de formation serait-elle souhaitable ?

OUI : 108 (42,5%)

NON : 10 (3,9%)

SECON : 132 (52,0%)

NA : 4 (1,6%)

Êtes-vous favorable l'édition de trames de rapport et fiches guides en cas de :

Examen de personnes décédées :

OUI : 248 (97,6%)

NON : 4 (1,6%)

NA : 2 (0,8%)

Examen d'une victime de violences/agression/mauvais traitements :

OUI : 248 (97,6%)

NON : 4 (1,6%)

NA : 2 (0,8%)

Examen d'une victime d'agression sexuelles :

OUI : 250 (98,4%)

NON : 2 (0,8%)

NA : 2 (0,8%)

Êtes-vous favorable à la mise à disposition de kit de prélèvement agression sexuelle en situation isolée :

OUI : 217 (85,4%)

NON : 31 (12,2%)

NA : 6 (2,4%)

Êtes-vous favorable à la réalisation d'un examen de corps et d'un angioscanner sur les décès en opération :

OUI : 141 (55,5%)

NON : 93 (36,6%)

NA : 18 (7,1%)

Annexe 4a : Fiche réflexe en cas découverte d'une personne décédée.

Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale

le 24/01/2019

Rédacteur : MC MAZEVET – chef du département médecine légale et odontologie

OBJET : Actes réflexes devant la découverte d'une personne décédée.

Cette fiche vise à décrire les actes élémentaires à conduire par un médecin devant la découverte d'une personne décédée.

I – Avant toute considération médico-légale

- **Porter secours** en assurant sa sécurité et celle de son équipe (arme à feu, arme blanche...),
- Si possible faire ou demander à un tiers de prendre quelques **photographies d'ambiance**,
- **Eviter de marcher** sur les traces, les liquides biologiques, les objets à terre...,
- En cas de découpe des vêtements, **éviter de passer par des déchirures pré-existantes**,
- **Constater par soi-même le décès** qui se définit par l'absence de signes de vie (arrêt des fonctions vitales) et/ou l'apparition de signes de mort (refroidissement du corps, rigidités, lividités, signes putréfactifs...),
- **Isoler les premiers témoins et se séparer des curieux** qui n'apportent rien dans la prise en charge,
- **Eviter tout acte ou manipulation inutile** (visite du logement, observations d'une arme...),
- **Garder toutes issues fermées**, ne pas aérer la pièce où se trouve le corps,
- Ne **rien nettoyer** dans l'évier ou le lavabo sur place,
- Ne **rien consommer sur place** (tabac...),
- Ne **rien laisser sur place** (notamment matériels de soins).

II – Une fois le décès constaté

- Ne garder sur les lieux que les **personnes strictement nécessaires**,
- Se poser la question de la **rédaction du certificat de décès** et surtout de l'existence ou non d'un **obstacle médico-légal** (cf. fiche certificat de décès). Dans ce cas, s'assurer de la saisine des forces de l'ordre (police, gendarmerie ou prévôté), rester sur place dans l'attente de leurs directives et faire évacuer complètement les lieux (article 55 du CPP),
- Récupérer des **informations utiles** (antécédents médicaux éventuels),
- **Rendre compte** (chaîne santé et commandement),
- Se rappeler que le décès d'une personne n'exonère pas du **secret médical**.

III – Examen d'une personne décédée (cadre général)

- **Obligatoire** avant toute rédaction d'un certificat de décès,
- Permet de s'assurer que la **mort est réelle et constante**,
- Permet de rechercher l'existence éventuelle d'un **obstacle médico-légal**,
- Ne donne pas lieu à la rédaction d'un rapport autre que le **certificat de décès**,
- En cas de rédaction d'un **rapport d'examen**, celui-ci est une **pièce médicale** devant être insérée dans le dossier du patient.

IV – Examen d'une personne décédée (en cas d'obstacle médico-légal évident)

- Se fait sur **réquisition d'un officier de police judiciaire** qui doit préciser la mission et notamment la demande éventuelle de prélèvements biologiques,
- En France, missions assurées par les unités médico-judiciaires (sauf quand il n'y en a pas ou qu'elles sont trop éloignées),
- En mission, réquisition possible de **tout docteur** en médecine ou en chirurgie. Obligation de **prêter serment si non inscrit sur liste d'expert**,
- Rédaction d'un **rapport d'examen qui est remis au requérant** (pas de secret médical dans ce cas).

V – Principes généraux d'un examen de corps

- **Equipement de protection** des intervenants (combinaison usage unique, gants stériles, masque, surchaussures). Idéalement 1 médecin + 1 main propre pour les notes + 1 photographe,
- Aller toujours **du général au particulier** en évitant toutes conclusions hâtives,
- Faire réaliser systématiquement des **photographies** en respectant quelques règles (vue générale puis gros plan, respect de l'orthogonalité et utilisation d'un régllet),
- Examen initial du corps **dans son environnement de découverte** puis éventuellement mise en housse mortuaire (dans la position de découverte) et déplacement vers une zone contiguë plus adaptée,
- En cas de **déshabillage du corps** :
 - Ne pas découper les vêtements au niveau des déchirures existantes
 - Conditionner les vêtements séparément dans des enveloppes kraft (si enquête judiciaire),
- **Emballer la tête et les mains** de la victime dans des enveloppes kraft (si examen médico-légal ultérieur),
- Ne **pas panser ou bander les plaies**,
- Concernant d'éventuels **prélèvements** :
 - Sur réquisition,
 - Ne faire que ce qui est mentionné dans la réquisition,
 - Si une autopsie sera conduite, prélèvements préalables non nécessaires,
 - Sang et urines uniquement,
 - Le mentionner dans le rapport (lieu et type de prélèvement).
- Concernant **l'évaluation du délai post-mortem** :
 - Rester extrêmement prudent voire approximatif,

- Si moyens disponibles prendre la température ambiante et la température rectale profonde (après s'être assurer de l'absence de lésions à ce niveau) et noter la date et l'heure de la prise,
- Ne pas oublier d'examiner l'environnement (désordres évocateurs d'une lutte, traces de sang, objets pouvant avoir provoqué les lésions constatées, médicaments, alcool, stupéfiants, ordonnances...).

VI – Principes de description des lésions

- Être **systématique et complet** (par exemple des pieds à la tête),
- Rester **simple et reproductible dans la typologie des lésions** (Cf. ci-dessous),
- **Préciser :**
 - Localisation anatomique,
 - Nombre et type de lésion,
 - Taille et positionnement,
 - Description (forme, couleur...).

VII – Typologie des lésions

Les lésions décrites peuvent correspondre à :

- Une **érosion** (ou abrasion ou dermabrasion ou excoriation) qui correspond à l'arrachage de l'épiderme cutané par friction ou pression,
- Une **contusion** qui correspond à une lésion par mécanisme contondant (coup porté avec ou sans objet, choc contre une surface dure, chute...) On distingue :
 - Une ecchymose qui correspond à une infiltration sanguine des tissus,
 - Un hématome qui correspond à une collection sanguine dans une cavité néoformée.

En pratique, lors de l'examen de corps, il est préférable de parler de contusion dans la mesure où une incision n'est pas possible pour faire la distinction entre les deux types,

- Une **plaie** qui est une solution de continuité des téguments ou des muqueuses. On distingue :
 - Les plaies simples, à bords nets : plaie par arme blanche par exemple,
 - Les plaies contuses, à bords irréguliers, avec un aspect contus et de possibles ponts conjonctifs : plaie par arme à feu par exemple, plaie par objet contondant au niveau du cuir chevelu par exemple...,
- Une **brûlure**,
- Une **fracture** qui correspond à une ou plusieurs solutions de continuité de l'os et pouvant être fermée (sans délabrement du revêtement cutané) ou ouverte (avec délabrement du revêtement cutané),
- Une **pétéchie** qui correspond à une tache cutanée de couleur rouge à violacée secondaire à une hémorragie mineure par rupture d'un capillaire sanguin,
- Une **zone** : lorsqu'aucun des termes précédents ne s'applique. Il convient alors de rester purement descriptif (forme, couleur...)

En cas de besoin, les médecins légistes de l'IRCGN assurent une **astreinte téléphonique au 06.37.25.61.83**

Annexe 4b : Modèle de certificat d'examen de corps.

Certificat d'examen de corps sur réquisition judiciaire

Je, soussigné Dr *nom prénom*, praticien du service de santé des armées, demeurant *adresse professionnelle*, requis le *date* par *grade nom prénom*, OPJ, *unité du requérant*, aux fins de :

« *Reprendre la mission telle que rédigée par le requérant* »

Serment préalablement prêté de bien et fidèlement remplir ma mission en mon honneur et conscience, atteste avoir personnellement examiné à *lieu d'examen* le *date* à partir de *heure*, le corps de *nom prénom*, né le *date de naissance*, demeurant *dernière adresse connue*.

Etaient présents à l'examen de corps :

- *Nom prénom*, médecin,
- *Nom prénom*, OPJ,
- *Autres...*

1. COMMÉMORATIFS

Antécédents de la victime :

- Antécédents médico-chirurgicaux (dont prise de substances toxiques et tentative d'autolyse éventuelle) :
- Traitements en cours :

Circonstances de découverte du corps :

- Date, heure et lieu :
- Personne(s) ayant découvert le corps (identité, profession, relation éventuelle avec la victime) :
- Mesures immédiates prises par le primo-intervenant (mobilisation du corps, d'objet, alerte, secours...) :

Manœuvres de réanimation (si possible récupérer une copie du rapport d'intervention des secours ou le faire saisir par les enquêteurs) :

- Par qui (proches, pompiers, SMUR, autres) :
- Type et matériel utilisé (en précisant la localisation pour les abords vasculaires ou les drainages) :
- Éventuels déshabillage ou découpe des vêtements :

Données d'enquête :

- Identité de la victime (certaine, supposée ou inconnue) :
- Date et heure où la victime aurait été vue vivante pour la dernière fois / par qui :
- Si victime découverte dans un bâtiment, la porte était-elle fermée ? de l'intérieur ? existence de traces d'effraction ?
- Éléments d'intérêt retrouvés sur le lieu de découverte (armes, objets contondants, médicaments ou emballages de médicaments, traces de sang, signes de lutte...) :
- Premières orientations des éléments d'enquête (si connues) :

2. ENVIRONNEMENT DU CORPS

- Description du lieu de découverte du corps (en allant du général au particulier) :
- Position de découverte du corps :
- Éléments d'intérêt retrouvés par le médecin sur le lieu de découverte (armes, objets contondants, médicaments ou emballages de médicaments, traces de sang, désordre évocateur d'une lutte...) :

3. EXAMEN DU CORPS

Habillage du corps :

- Corps nu, partiellement habillé, habillé,
- Description des vêtements (type, marque, taille, couleur, existence éventuelle de déchirures ou de traces d'intérêt...) :

Eléments secondaires d'identification du corps :

Personne de type caucasoïde / africain / asiatique / indéterminable

Personne de sexe masculin / féminin / indéterminé

Personne de corpulence faible / moyenne / forte / athlétique / indéterminable

Taille : cm

Poids : kg

Couleur des yeux :

Longueur et couleur des cheveux :

Longueur et couleur d'une éventuelle barbe, moustache... :

Tatouage(s) (localisation, taille, aspect) :

Cicatrice(s) (localisation, taille, aspect) :

Déformation(s) :

Eléments d'estimation du délai post-mortem :

Température du corps (valeur et heure de prise) :

Température ambiante (valeur et heure de prise) :

Rigidités :

- Masséters : absente / présente,
- Cou : absente / présente,
- Membres supérieurs : absente / présente,
- Membres inférieurs : absente / présente.

Lividités : présentes / absentes, localisation(s) :

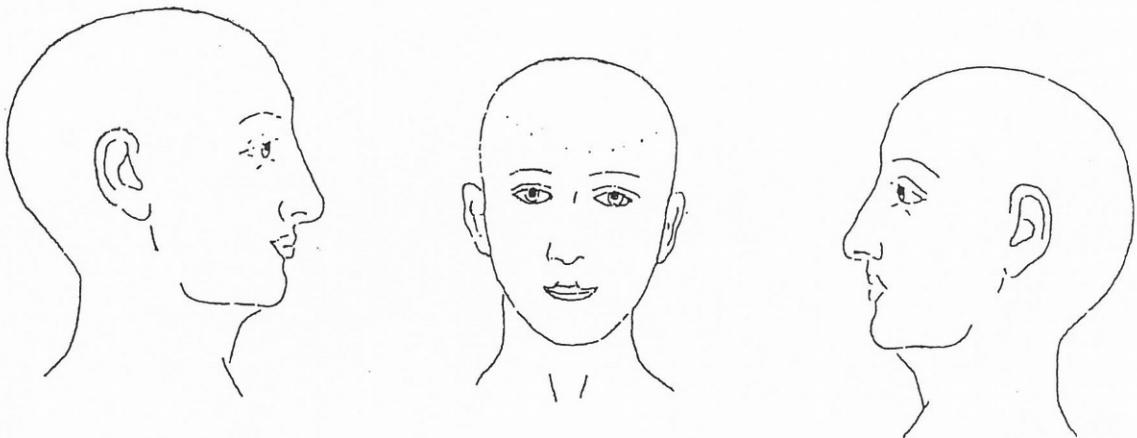
Disparaissant ou non à la vitropression,
respectant ou non les points de pression.

Putréfaction : absente / débutante (tache verte abdominale) / avancée / corps squelettisé.

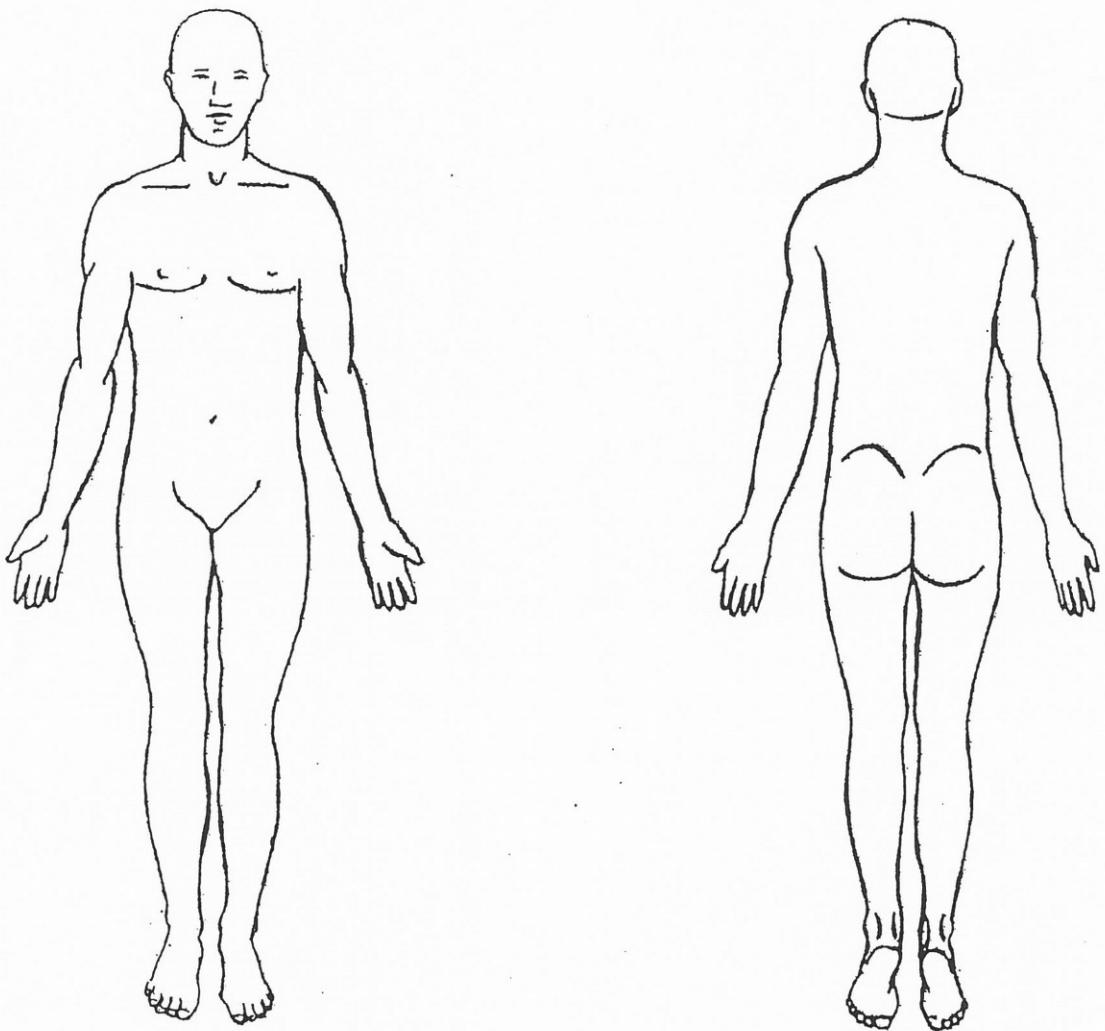
Description du revêtement cutané :

Si lésions : localisation, nombre, type, taille, description (aspect, couleur, forme...) :

- Membre inférieur droit :
- Membre inférieur gauche :
- Organe génitaux externes :
- Anus :
- Abdomen :
- Thorax :
- Membre supérieur droit :
- Membre supérieur gauche :
- Cou : tête : Nuque :
- Dos :



55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75



4. PRELEVEMENTS (sur réquisition. A congeler).

- Sang périphérique : oui/non (lieu de ponction),
- Sang cardiaque : oui/non (lieu de ponction),
- Urine : oui/non.

5. DISCUSSION

Compte-tenu des données d'enquête et des éléments constatés à l'examen externe du corps, nous pouvons rapporter les éléments suivants.

Diagnostic médical du décès :

L'hypothèse que le décès de X résulte de *[indiquer la ou les hypothèses de décès telle que rapportée(s) sur le certificat de décès]* est possible/probable/exclue.

Où

Le décès de X est de cause indéterminée à l'examen externe.

Diagnostic médico-légal du décès :

Le décès de X résulte :

- D'une cause naturelle,
- D'un accident,
- D'un suicide,
- D'un homicide,
- D'un mécanisme indéterminé.

Compte-tenu de l'ensemble des éléments :

- Une expertise toxicologique paraît nécessaire (la proposer systématiquement),
- Un examen médico-légal / une autopsie paraît / ne paraît pas nécessaire.

L'examen de corps s'est terminé à xxhxx.

A , le

Dr

Annexe 5a : Fiche réflexe en cas de prise en charge d'une victime d'agression sexuelle.

Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale

le 24/01/2019

Rédacteur : MC MAZEVET – chef du département médecine légale et odontologie

OBJET : Prise en charge et examen d'une victime d'agression sexuelle

Cette fiche vise à décrire les principes de prise en charge et d'examen d'une victime d'agression sexuelle lorsqu'un recours à une unité spécialisée (unité médico-judiciaire) n'est pas possible.

I Cadre juridique

- Article 222-22 du Code Pénal : « constitue une **agression sexuelle** toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »
- Article 222-23 du Code pénal : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un **viol** »

Le terme « viol » est une qualification pénale et non médicale. Le médecin ne doit donc pas l'utiliser dans son compte-rendu d'examen, mais utiliser à la place le terme « agression sexuelle avec pénétration ».

L'examen médical d'une victime d'agression sexuelle se fait **de préférence sur réquisition** mais cela n'est pas obligatoire. Dans le cadre d'une réquisition, les prélèvements sont mis sous scellés judiciaires par les enquêteurs. En l'absence de réquisition (examen sur présentation spontanée de la victime), il est recommandé de réaliser ces prélèvements avec le consentement de la victime et l'encourager à porter plainte. Hormis les cas stipulés par l'article 226-14 du code pénal, il n'existe pas dérogation au secret médical.

II – Interrogatoire

Les faits doivent être rapportés tels que décrits par la victime en employant des guillemets. Il convient de ne pas porter au cours de la consultation ou dans le rapport, d'interprétation de ces dires.

- **Antécédents** de la victime notamment :
 - gynécologiques : date des premières règles, date des dernières règles, utilisation éventuelle de tampons, type de contraception éventuelle,
 - obstétricaux : nombre de grossesse, nombre d'accouchement (date et type), nombre d'IVG, nombre de fausse couche spontanée,
 - proctologiques,
 - agressions physiques ou sexuelles antérieures éventuelles,
 - éventuel rapport sexuel antérieur à l'agression : date, moyen de protection.
- **Statut vaccinal hépatite B,**
- **Traitements** en cours,
- **Déroulement des faits** :
 - date, lieu, nombre de tiers mis en cause, identité éventuelle des tiers,

- consommation éventuelle d'alcool, de drogues ou de médicaments avant les faits,
- description de l'agression : menaces, insultes, violences physiques, séquestration, soumission chimique, attouchements,
- description de l'agression sexuelle : existence d'une ou plusieurs pénétrations éventuelles, port éventuel de préservatif, existence d'une éjaculation...
- comportement depuis l'agression : changement de vêtement, douche, consultation, traitement, rapport sexuel consenti...
- **Doléances rapportées.**

III – Principes généraux de l'examen clinique

- Se réalise **avec un autre personnel soignant**,
- **Pas d'autre tiers** avec la victime.

En cas de victime mineure, recevoir les parents avant l'entretien avec la victime pour les rassurer sur la bienveillance de la prise en charge et évaluer leurs questions,

- Expliquer l'examen, rassurer la victime et recueillir son **consentement**,
- Faire prendre des **photographies** en respectant les principes généraux (vue générale puis particulière, respect de l'orthogonalité, mise en place d'un test centimétrique), • Porter des **équipements individuels de protection** : charlotte, masque et gants,
- Rester purement **descriptif**.

IV – Examen clinique général

- **Poids, taille**, corpulence,
- **Latéralité**,
- **Stade pubertaire** : échelle de Tanner (cf. *annexe 3*),
- **Examen lésionnel complet et systématique** (cf. paragraphes 6 et 7 de la fiches « actes réflexes devant la découverte d'une personne décédée »).

V – Examen gynécologique

- En position gynécologique pour les adultes/adolescents ou dite de la « grenouille » chez l'enfant (*Position de la grenouille : enfant allongé sur le dos, les jambes repliées, les talons contre les fesses et les genoux écartés*),
- Examen des **organes génitaux externes**,
- Examen de l'**hymen** :
 - à la sonde à ballonnet si besoin (sonde urinaire) : préciser la forme et la structure de l'hymen (fin ou épais, élastique ou non...),
 - pas d'utilisation d'une sonde à ballonnet chez les enfants : il suffit de tirer délicatement et faire tousser l'enfant pour écarter les parois de l'hymen,

- Examen des parois vaginales sous **spéculum non systématique** (si suspicion de lésions, douleurs, nécessité de prélèvements à la recherche de spermatozoïdes),
- **Toucher vaginal non systématique** (si douleurs ou saignement).

VI – Examen ano-rectal

- **Examen externe** à la recherche de fissures ou plaies,
- **Evaluation de la tonicité** du sphincter externe à l'étirement des marges,
- Examen à l'**anuscope non systématique** (si lésion à l'examen externe),
- **Toucher rectal non systématique** (si douleurs, saignements ou béance anale).

VII – Prélèvements-examens biologiques

- **A orienter** selon la nature des faits et l'ancienneté,
- **Prélèvements à la recherche de spermatozoïdes** :
 - sur écouvillons : 2 par site (le premier humide et le second sec), laisser sécher à l'air, refermer puis congeler,
 - au niveau vaginal : jusqu'à 5 à 7 jours post-exposition (endocol, exocol, culs de sac vaginaux, balayage des parois),
 - au niveau buccal : jusqu'à quelques heures post-exposition (selon la prise d'aliments, de boissons ou le lavage des dents),
 - au niveau anal : jusqu'à 1 ou 2 jours post-exposition (selon l'émission de selles).
- **Prélèvements bactériologiques/virologiques** : • sérologies HIV, VHB, VHC, TPHA-VDRL, • recherches de gonocoques et chlamydiae.
- **β-HCG** si besoin,
- **Prélèvements sanguins** si mise sous trithérapie préventive (*protocole ESAR en vigueur. En cas d'examen d'une personne de nationalité étrangère, et en cas du positionnement de la Force au sein de ce pays, il sera recommandé de prendre contact avec un hôpital de proximité pour délivrer une trithérapie dans le cadre des recommandations locales et le suivi ultérieur de l'intéressé*),
- **Prélèvements toxicologiques** :
 - sanguins : si faits datant d'il y a quelques heures,
 - urinaires : si faits datant d'il y a quelques jours,
 - cheveux (sur réquisition judiciaire) : le prélèvement de cheveux ne devra pas être réalisé avant un délai de 4 à 6 semaines. Dans l'intervalle, la victime ne devra pas couper ses cheveux ou réaliser une coloration/décoloration capillaire.
- **Recherche d'ADN d'un tiers (agresseur)** :
 - écouvillons sous-unguéaux en cas de défense rapportée (écouvillons humides, laisser sécher à l'air, refermer puis congeler), Si accord de la victime, possibilité de couper les ongles (à mettre dans un pot à prélèvement puis congeler),
 - passer des compresses humidifiées à l'eau stérile sur les zones à la recherche de fluides biologiques selon les dires de la victime (cou, poitrine, etc....). Les laisser sécher à l'air, remettre dans le sachet stérile, refermer puis congeler,

- si mise en évidence de poils tiers, les mettre dans une enveloppe et congeler.
- **Vêtements** : à disposer dans des enveloppes kraft, en séparant chaque vêtement.

VIII – Prescriptions-orientations

- **Contraception d'urgence :**
Norlevo jusqu'à 3 jours post-exposition,
Ellaone jusqu'à 5 jours post-exposition.
- **Traitements préventifs antirétroviraux :** jusqu'à 36 heures post-exposition.

IX – Cas particulier des victimes mineures

- **Examen sans les parents** (sauf exception),
- Pour les **adolescents** : le secret médical reste la règle :
 - Recevoir les parents avant l'examen, évaluer leurs questions,
 - Recevoir la victime. Lui demander ce qu'elle accepte de dire à ses parents. Tenter de la convaincre de parler à ses parents si nécessaire.
 - Revoir les parents à la fin, avec ou sans l'adolescent en fonction des cas.
- Pour les **plus jeunes** : idem, recevoir les parents avant et après.

X – Rapport d'examen

- Le rapport d'examen d'une victime d'agression sexuelle est **adressé au requérant** en cas de réquisition. En l'absence, il s'agit d'un document médical soumis au secret médical et qui pourra être remis à la victime selon les modalités réglementaires, • Il pourra être établi selon le **modèle joint en annexe 2**,
- Dans la conclusion, et selon la demande du requérant :
 - se prononcer sur la **compatibilité ou non de l'examen médical avec les faits rapportés** en restant prudent (une absence de lésion ne signifie pas une absence d'agression de nature sexuelle. De même une lésion récente de l'hymen peut être le fait d'un rapport récent consenti),
 - se prononcer sur l'existence d'une **éventuelle incapacité totale de travail (ITT)** au sens pénal du terme.

L'ITT (Incapacité Totale de travail) est une notion juridique et non médicale qui correspond à la durée de perturbation notable des actes essentiels de la vie courante (dormir, s'alimenter, se laver, s'habiller, se déplacer...). L'ITT ne prend donc pas en compte le travail professionnel et n'a rien en commun avec l'arrêt de travail. L'ITT est un indicateur pour le magistrat et l'aide à qualifier l'infraction (en cas de violences volontaires : contravention si durée de l'ITT < 8 jours en l'absence d'autre circonstance aggravante. Au-delà : infraction). Or le viol est défini comme un crime dans le code pénal. La durée de l'ITT n'a donc ici qu'une valeur indicative.

En cas de doute : ne pas se prononcer et noter « ITT non évaluable compte-tenu des circonstances »,

- **proposer si besoin de compléter l'examen** par des investigations complémentaires ou par une seconde évaluation à distance.

Dans tous les cas, avant remise du rapport, il est essentiel de prendre le temps de la réflexion. En cas de besoin, les médecins légistes de l'IRCGN assurent une astreinte téléphonique au 06.37.25.61.83.

Annexe 5b : Technique d'examen et de description de l'hymen

Technique d'examen et de description de l'hymen

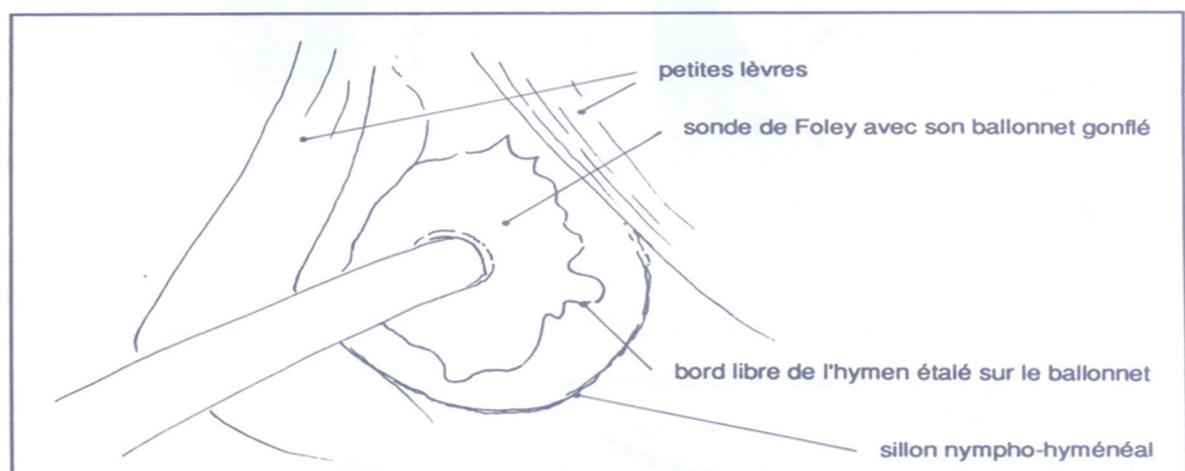
Technique d'examen à la sonde à ballonnet

- Sonde urinaire n° 14, 16 ou 18 (noter le numéro dans le rapport),

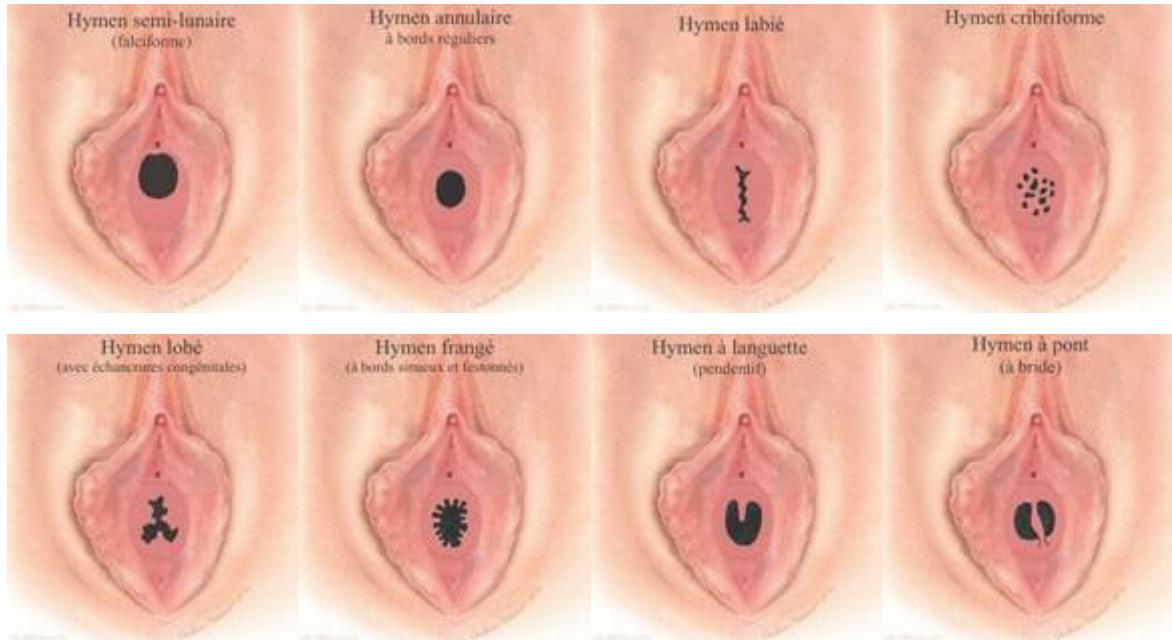
- Insérer toute la partie à gonfler dans le vagin,
- Puis gonfler le ballonnet avec de l'eau (on commence en général au maximum, soit 15-20 ml d'eau),
- Tirer doucement la sonde pour que le ballonnet vienne se coller à la paroi hyménale (ne jamais forcer). La patiente doit être détendue pour ne pas contracter le périnée. Dégonfler progressivement le ballonnet si besoin,
- Examiner le bord libre de l'hymen en notant les éventuelles lésions/variations anatomiques comme sur un cadran horaire (cf. infra),
- Faire sortir le ballonnet sans forcer (il doit ressortir facilement, si besoin dégonfler progressivement le ballonnet) et noter la quantité d'eau finale utilisée dans le ballonnet,
- Mesurer le diamètre du ballonnet si possible.



Photo 1 : test à la sonde de Foley



Variations anatomiques de l'hymen



- **L'hymen semi-lunaire ou falciforme** (en forme d'un faux) : le trou situé dans son pôle antérieur lui donne la forme d'un croissant à concavité antérieure,
- **L'hymen annulaire** : en forme d'une membrane percée d'un trou,
- **L'hymen labié** : avec un trou en forme de fente longitudinale antéro-postérieure,
- **L'hymen cribriforme** : qui présente plusieurs petits trous,
- **L'hymen lobé** : avec un trou formé de plusieurs lobes ou échancrures congénitales,
- **L'hymen frangé** : avec un trou à bords sinueux et festonnés par des encoches congénitales,
- **L'hymen à languette ou pendentif**,
- **L'hymen à pont ou à bride**,
- **L'hymen en carène** : un peu scléreux et résistant à la pénétration.

Lésions traumatique, physiologique ou congénitale de l'hymen :

- **Déchirure** : lésion traumatique, ancienne ou récente, à bord aigu, au niveau de la totalité de la paroi hyménale jusqu'à la paroi vaginale,
- **Incisure** : lésion traumatique, ancienne ou récente, à bord aigu, d'une partie de la paroi hyménale sans aller jusqu'à la paroi vaginale,
- **Encoche** : zone de creux physiologique ou congénitale, à bord régulier et à fond arrondi, sur le bord de la paroi hyménale,
- **Caroncule** : zone de proéminence physiologique ou congénitale, à bord régulier et arrondie, sur le bord de la paroi hyménale,
- **Vestiges / Reliquats hyméniaux** : disparition presque complète de l'hymen avec présence de lambeaux disparates de paroi,
- **Languette** : excroissance de la paroi hyménale plus longue et étroite qu'une caroncule (voir hymen à languette ou pendentif). Celle-ci peut être un vestige traumatique d'un hymen en pont.

Annexe 5c : Modèle de certificat de constat médical d'agression sexuelle

CONSTAT MEDICAL ETABLIS SUR REQUISITION
UNIQUEMENT DESTINE A L'AUTORITE JUDICIAIRE

CONSTAT MEDICAL
DE VIOLENCES SEXUELLES

Je, soussigné(e) Dr, prêtant serment d'apporter mon concours à la justice, d'accomplir ma mission, de faire mon rapport et à donner mon avis en mon honneur et conscience.

Agissant sur réquisition judiciaire de M / Mme
Autorité requérante : Commissariat de / Gendarmerie de
PV n°

Certifie avoir examiné ce jour, le, à heures, En
présence de M / Mme, infirmier / aide-soignant

Non :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Accompagné(e) par :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Scolarité / Profession :

Médecin Traitant :

De mes constatations, ai dressé le présent rapport certifié sincère et véritable

Circonstances des faits

Date :

Vers : h

Soit un délai depuis les faits :

Lieu :

Nombre de tiers en cause : Inconnu(s)

Connu(s) : *dans ce cas mettre des guillemets de déclaration de la victime*

Déroulement des faits et mode de révélation :

<i>Avant l'agression, la victime rapporte une consommation volontaire :</i>	oui	non
D'alcool		
De médicaments		
De substances stupéfiantes		
De produit « X » non connu par la victime		

<i>L'agression a comporté :</i>	oui	non
Des menaces verbales		
Des insultes		
Des violences physiques		
Une séquestration		
Une suspicion de soumission chimique		
Une consommation forcée d'alcool, de médicaments, de stupéfiants		
Des attouchements		
<i>Si oui, préciser :</i>		

<i>L'agression sexuelle a comporté une pénétration :</i>	oui	non	ne sait pas	Préservatif ?	Ejaculation ?
				oui / non / ne sait pas	oui / non / ne sait pas
Orale					
Vaginale digitale					
Vaginale pénienne					
Anale digitale					
Anale pénienne					
Instrumentale					
<i>Si oui, préciser :</i>					

Si éjaculation sur autre site : *précisez lequel*

Entre les faits et l'examen

<i>Depuis l'agression, la victime dit avoir</i>	oui	non
Changé de vêtements		
Changé de slip		
Fait une toilette intime <i>Si oui, préciser avec ou sans savon :</i>		
Eu des selles		
S'être brossé les dents ou rincé la bouche		
Bu ou mangé		
Consulté un médecin <i>Si oui, préciser :</i>		
Eu des prélèvements <i>Si oui, préciser :</i>		
Pris des traitements <i>Si oui, préciser :</i>		
Eu un rapport sexuel consenti <i>Si oui, préciser - la date / l'heure :</i> - avec ou sans préservatif: - avec l'auteur des faits rapportés ou non:		

Antécédents

- Absence d'antécédents médico-chirurgicaux susceptibles d'interférer avec les faits déclarés. / Antécédents médico-chirurgicaux susceptibles d'interférer avec les faits déclarés :
- Vaccination contre l'Hépatite B à jour. / Vaccination contre l'Hépatite B non à jour. / La victime ne sait pas si sa vaccination contre l'Hépatite B est à jour.
- Absence de traitements en cours susceptibles d'interférer avec les faits déclarés. / Traitement(s) en cours susceptibles d'interférer avec les faits déclarés :
- Antécédents gynécologiques :
 - Règles en cours / Date des dernières règles (1^{er} jour des dernières règles) : -
Utilisation de tampons. / Absence d'utilisation de tampons.
- Utilisation d'un moyen de contraception. / Absence d'utilisation d'un moyen de contraception.
Si oui préciser la méthode :
S'il s'agit d'une pilule : la prise est régulière / la prise n'est pas régulière.
- Absence d'antécédents obstétricaux. / Antécédents obstétricaux :

- Accouchement(s) par voie basse : *nombre et année(s)*
- Fausse couche / IVG avec curetage : : *nombre et année(s)*
- Notion de grossesse en cours

➤ Absence de rapports sexuels antérieurs aux faits allégués. / Rapports sexuels antérieurs aux faits allégués : :

- Date du dernier rapport sexuel avant l'agression :
- Ces derniers rapports étaient protégés / Ces derniers rapports n'étaient pas protégés / La victime ne sait pas dire si ces derniers rapports étaient protégés.

➤ Absence d'antécédents proctologiques. / Antécédents proctologiques :

➤ Absence d'antécédents d'agressions physiques ou sexuelles. / Antécédents d'agressions physiques ou sexuelles :

Doléances rapportées

Examen physique lésionnel

1/ Examen général

Taille : cm

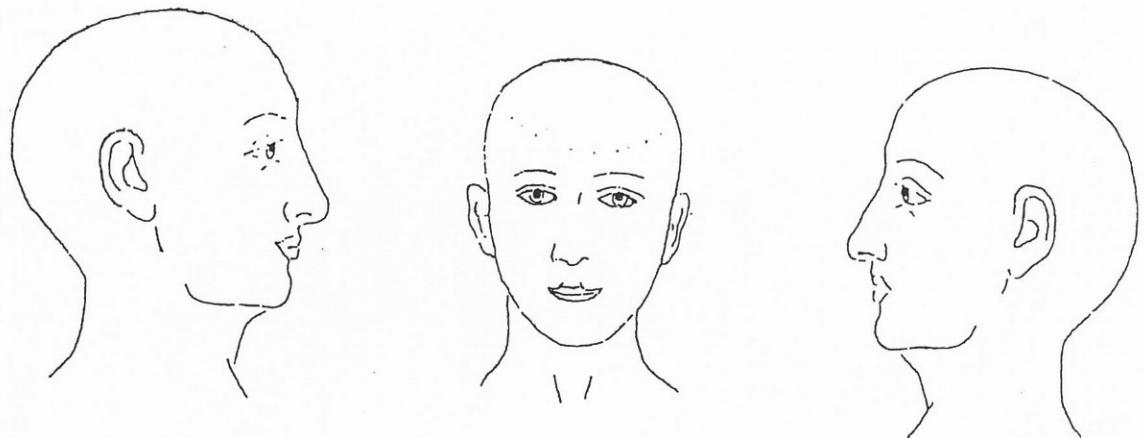
Poids : kg

Latéralité : Droitière / Gauchère / Droitier / Gaucher Stade

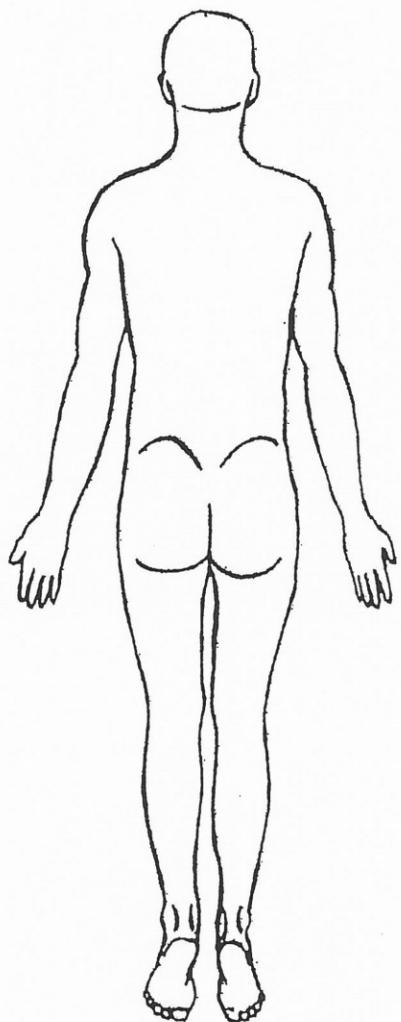
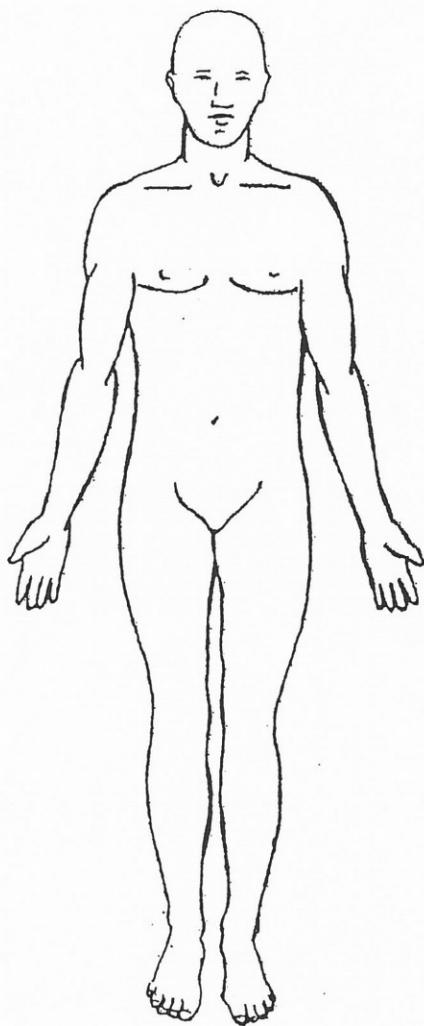
pubertaire selon la classification de Tanner :

Absence de **lésions traumatiques** constatées ce jour. / Lésions traumatiques constatées ce jour :

	Lésions		Description des lésions
	Oui	Non	
Tête et visage			
Cavité buccale			
Cou			
Poitrine			
Dos			
Abdomen			
Membres supérieurs			
Membres inférieurs			
Fesses			



55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75



2/ Examen gynécologique cf. schéma récapitulatif ci-dessous.

(En position dite de « la grenouille » / en position gynécologique)

➤ **Examen des organes génitaux externes : grandes lèvres, petites lèvres**

Absence de lésions traumatiques constatées ce jour / Lésions traumatiques constatées ce jour :

➤ **Examen de l'hymen**

- Forme :
- Structure :
- Présence d'une encoche à heures dans la représentation conventionnelle d'un cadran horaire en position gynécologique
- Présence d'une incisure d'allure traumatique à heures dans la représentation conventionnelle d'un cadran horaire en position gynécologique :
 - Ancienne / Récente
 - Cicatrisée / Non cicatrisée
- Présence d'une déchirure d'allure traumatique à heures dans la représentation conventionnelle d'un cadran horaire en position gynécologique :
 - Complète / Incomplète
 - Ancienne / Récente
 - Cicatrisée / Non cicatrisée

➤ **Estimation du diamètre de l'orifice hyménal**

Par la technique de la sonde à ballonnet n°14 / 16 / 18, gonflée à ml d'eau, soit : cm.

Ou estimation de visu à cm.

Ou Examen non réalisable ce jour devant l'appréhension de la patiente, malgré les explications données sur le déroulement de l'examen.

➤ **Examen sous spéculum non pratiqué, non indiqué / Examen sous spéulum :**

- Paroi vaginale :

Absence de lésions traumatiques constatées ce jour. / Lésions traumatiques constatées ce jour :

- Col utérin :

Absence de lésions traumatiques constatées ce jour. / Lésions traumatiques constatées ce jour :

➤ **Toucher vaginal non pratiqué, non indiqué / Toucher vaginal, perméable à 1 / 2 doigts(s) :**

Normal / Anormal par rapport à l'âge et au développement pubertaire du sujet.

Douloureux / Non douloureux.

Présence de sang sur le doigtier / Absence de sang sur le doigtier.

Conclusion concernant l'examen hyménéal :

- Absence de lésion traumatique récente visible.
- Lésions anciennes en rapport avec une activité sexuelle antérieure aux faits, pouvant permettre des pénétrations vaginales pénientes complètes récentes sans qu'il y ait de lésions.
- Lésions anciennes en rapport avec une activité sexuelle et les antécédents obstétricaux rapportés, pouvant permettre des pénétrations vaginales pénientes complètes récentes sans qu'il y ait de lésions.
- La sonde gonflée à ml d'eau (soit un diamètre de ballonnet de cm) a pu être retirée sans / avec difficulté.
- Le diamètre de l'orifice hyménéal exclut toute pénétration pénienne vaginale mais peut être compatible avec une pénétration digitale.
- Le diamètre de l'orifice hyménéal exclut toute pénétration vaginale pénienne ou digitale.
- L'hymen a une structure élastique pouvant permettre des pénétrations vaginales pénientes complètes sans qu'il y ait de lésions.

3/ Examen des organes génitaux externes cf. schéma récapitulatif ci-dessous.

Absence de lésions traumatiques constatées ce jour. / Lésions traumatiques constatées ce jour :

4/ Examen ano-rectal (en position genou pectorale / en décubitus dorsal, cuisses fléchies en genou pectoral)

➤ **Examen externe** cf. schéma récapitulatif ci-dessous

Lésions traumatiques : Néant. /

Cicatrices : Néant. /

Déformation : Néant. /

Orifice : Punctiforme. /

Plis radiés : Présents, réguliers. /

Tonicité du sphincter : Spontanément correcte, répondant efficacement aux manœuvres d'étirement de la marge anale, non testée par toucher rectal. /

➤ **Toucher rectal non pratiquer, non indiqué / Toucher rectal :**

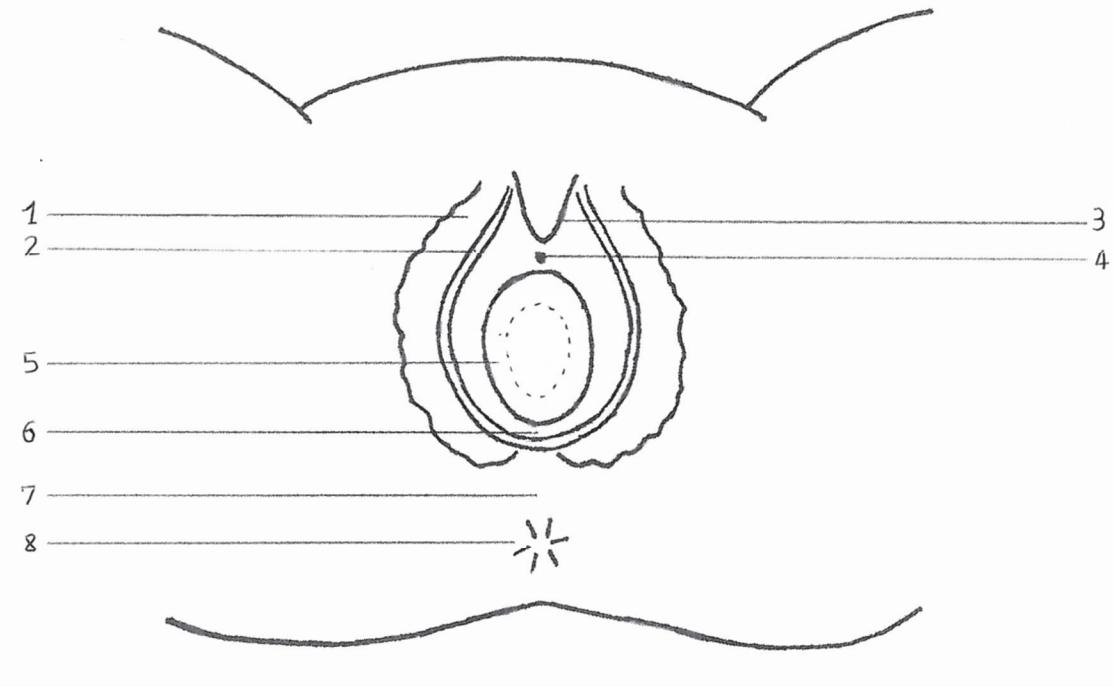
Tonicité musculaire du sphincter anal : Normal / Hypotonie / Béance (spontanée ou provoquée par réflexe).

Douloureux / Non douloureux.

Présence de sang sur le doigtier / Absence de sang sur le doigtier.

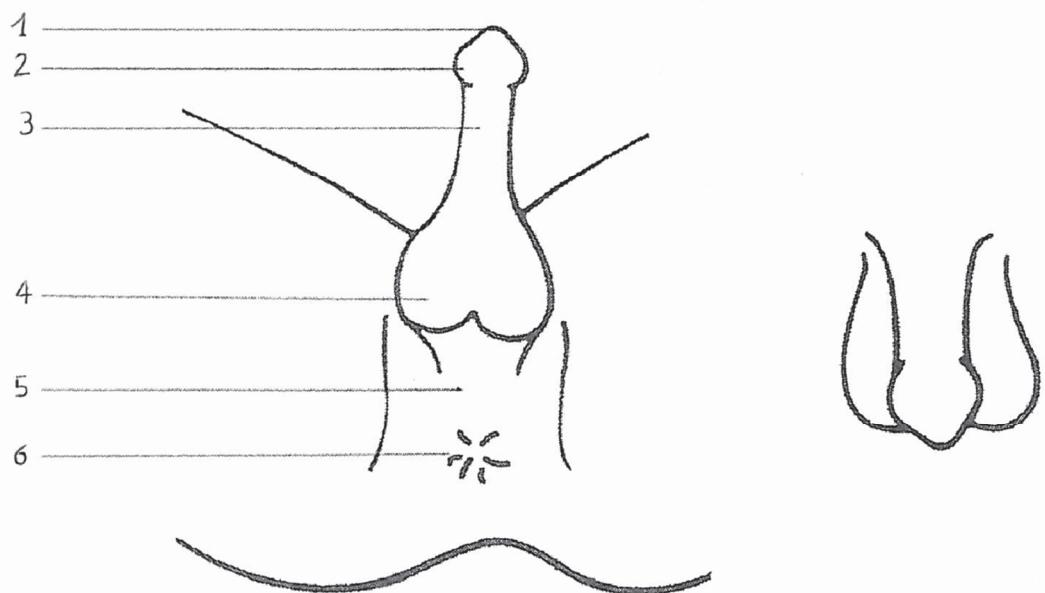
➤ **Examen à l'anuscopie non pratiqué, non indiqué / Examen à l'anuscopie**

Absence de lésions traumatiques constatées ce jour / Lésions traumatiques constatées ce jour :



	Lésions		Description des lésions
	Oui	Non	
Organes génitaux externes :			
1- Grandes lèvres			
2- Petites lèvres			
Sillon inter labial			
3- Clitoris			
4- Orifice de l'urètre			
5- Hymen			
6- Fourchette vulvaire			
7- Périnée			
8- Anus			
//////////	////	////	//////////
Examen au spéculum :			
Cavité vaginale			
Col utérin			

Des photographies ont été réalisées avec accord de la patiente et sont conservées dans le dossier médical en cas de demande de l'autorité judiciaire.



	Lésions		Description des lésions
	Oui	Non	
1- Orifice de l'urètre			
2- Gland			
3- Corps du pénis			
4- Scrotum			
5- Périnée			
6- Anus			
Prépuce			
//////////	////	////	/////////////////////////////
Examen à l'anuscopie :			
Anus & Bas rectum			

Des photographies ont été réalisées avec accord du patient et sont conservées dans le dossier médical en cas de demande de l'autorité judiciaire.

5/ Retentissement comportemental

Examens biologiques, Prélèvements

Compte tenu des circonstances / délais, aucun prélèvement n'a été effectué ce jour où les prélèvements suivants ont été effectués :

- Prélèvements conservatoires sur écouvillons, à la **recherche de spermatozoïdes** : 2 écouvillons par site (premier humide, second sec)
 - bouche :
 - vagin : endocol, exocol, culs de sac, balayage
 - anus : zone péri-anale, ampoule rectale
 - vulve : grandes lèvres, petites lèvres
 - autre :
- Test de dépistage à la **recherche de Phosphatases Acides**, présentes dans le liquide prostatique, notifiant la présence de sperme, réalisé au niveau : S'avérant : positif / négatif
- Prélèvements à la **recherche de toxiques** :
 - sanguins
 - urinaires
 - cheveux
- **Prélèvements infectieux** :
 - sanguins : HIV, VHB, TPHA-VDRL (Syphilis), +/- VHC
 - urinaires / locaux : Gonocoques, Chlamydiae
- Prélèvements sanguins pour la **mise en place du traitement préventif antirétroviral** : NFS, ionogramme, urée, créatininémie, phosphorémie, ASAT-ALAT, PAL, bilirubine, lipasémie
- **β-HCG sanguins**
- **Autres prélèvements** :
 - vêtements sous enveloppe kraft : enveloppes
 - recherche ADN tiers : prélèvements unguéaux, compresses, élément pileux :

Prescriptions, Orientation

Prescription

Compte tenu des circonstances / délais, aucun traitement n'a été prescrit ce jour.

Une contraception d'urgence a été prescrite : Ellaone / Norlevo.

Un traitement préventif antirétroviral a été instauré ce jour, après informations concernant l'intérêt et les contraintes imposées par celui-ci.

Le traitement prophylactique antirétroviral proposé, après informations concernant l'intérêt et les contraintes imposées par celui-ci a été refusé par la victime.

Orientation

Compte tenu des délais / circonstances, le patient est orienté / la patiente est orientée vers son médecin traitant pour prise en charge du risque infectieux ultérieur.

En cas d'interpellation de l'auteur(s) présumé(s), il est souhaitable de lui faire un prélèvement sanguin à la recherche de maladie sexuellement transmissible (application de l'article 706-47-2 du CPP).

Le patient est orienté / La patiente est orientée vers pour une prise en charge psychologique et juridique.

Conclusion

Enfant de ans, rapportant de manière imprécise une possible agression sexuelle avec
Enfant de ans examiné dans le cadre d'une enquête sur mineur à la suite d'un signalement.
Enfant de ans, dont la mère rapporte une suspicion d'agression sexuelle avec

Adolescent / Jeune homme / Homme de ans / Adolescent / Jeune femme / Femme de ans, rapportant une agression sexuelle avec

Adolescent / Jeune homme / Homme de ans / Adolescent / Jeune femme / Femme de ans, rapportant des agressions sexuelles avec

Adolescent / Jeune homme / Homme de ans / Adolescent / Jeune femme / Femme de ans,
rapportant une suspicion d'agression sexuelle avec **Examen général** :

Absence de lésions traumatiques constatées ce jour. / Lésions traumatiques constatées

ce jour : L'examen buccal ne montre pas de lésion traumatique. / L'examen buccal

montre **Examen génital** :

L'examen gynécologique montre

L'examen gynécologique ne montre pas de lésion traumatique visible.

L'examen gynécologique ne montre pas de lésion récente : lésions anciennes en rapport avec une activité sexuelle et les antécédents obstétricaux rapportés, pouvant permettre des pénétrations vaginales pénitaires complètes récentes sans qu'il y ait de lésions.

L'examen gynécologique ne montre pas de lésion mais l'hymen a une structure élastique pouvant permettre des pénétrations vaginales pénitaires sans qu'il y ait de lésion.

Le diamètre de l'orifice hyménal exclut toute pénétration vaginale pénitaine ou digitale.

Le diamètre de l'orifice hyménal exclut toute pénétration pénitaine vaginale mais peut être compatible avec une pénétration digitale.

La sonde gonflée à ml d'eau (soit un diamètre de ballonnet de cm) a pu être retirée sans/ avec difficulté.

Examen anal :

L'examen de la région anale montre :

L'examen de la région anale ne montre pas de lésion traumatique.

L'examen de la région anale ne montre pas de lésion traumatique récente.

Sur le plan comportemental :

Les troubles psychologiques ne sont pas évaluables, ce jour.

Troubles psychologiques constatés, ce jour :

Les conséquences psychologiques de l'agression rapportée sont imprévisibles ce jour.

Prélèvements :

Compte-tenu des circonstances / délais, aucun prélèvement n'a été effectué ce jour. / Prélèvements effectués :

- Prélèvements conservatoires sur écouvillons, à la recherche de spermatozoïdes : 2 écouvillons par site (premier humide, second sec)
 - bouche :
 - vagin : endocol, exocol, culs de sac, balayage
 - anus : zone péri-anale, ampoule rectale
 - vulve : grandes lèvres, petites lèvres
 - autre :
- Test de dépistage à la recherche de Phosphatases Acides, présentes dans le liquide prostatique, notifiant la présence de sperme, réalisé au niveau :

S'avérant : positif / négatif

- Prélèvements à la recherche de toxiques :
 - sanguins
 - urinaires
 - cheveux
- Prélèvements infectieux :
 - sanguins : HIV, VHB, TPHA-VDRL (Syphilis), +/- VHC
 - urinaires / locaux : Gonocoques, Chlamydiae
- Prélèvements sanguins pour la mise en place du traitement préventif antirétroviral : NFS, ionogramme, urée, créatininémie, phosphorémie, ASAT-ALAT, PAL, bilirubine, lipasémie
- β-HCG sanguins
- Autres prélèvements :
 - vêtements sous enveloppe kraft : enveloppes
 - recherche ADN tiers : prélèvements unguéraux, compresses, élément pileux :

Traitemen prescrit :

- Contraception d'urgence.
- Traitement préventif antirétroviral.

Compte-tenu des circonstances / délais, aucun traitement n'a été prescrit ce jour.

Le traitement prophylactique antirétroviral proposé, après informations concernant l'intérêt et les contraintes imposées par celui-ci a été refusé par la victime.

Orientation :

- Vers le médecin traitant
- Vers Pour une prise en charge psychologique
- Vers Pour une prise en charge juridique
- Autre :

L'Incapacité Totale de Travail ne peut être évaluée compte tenu des délais / des circonstances ou l'incapacité Totale de Travail est évaluée ce jour à X jours, sous réserve de complications ultérieures.

Les constatations médico-légales sont **compatibles avec les allégations de la victime et sont à confronter à l'audition et aux autres données de l'enquête.**

Des **photographies** ont été réalisées avec accord du patient / de la patiente et sont conservées dans le dossier médical en cas de demande de l'autorité judiciaire.

Certificat établi à

le

Dr

Ci-joint au certificat :

Classification de Tanner

Fille :

Développement mammaire		Pilosité pubienne	
S1	S1 : Pas de tissu glandulaire.	P1	P1 : Pas de pilosité.
S2	S2 : Tissu glandulaire palpable.	P2	P2 : Quelques poils fins le long des grandes lèvres.
S3	S3 : Augmentation de la taille des seins ; Profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P3	P3 : Poils pubiens plus pigmentés.
S4	S4 : Augmentation de la taille des seins ; Mamelon surélevé par rapport au sein.	P4	P4 : Poils plus durs, recouvrant le mont de vénus.
S5	S5 : Augmentation de la taille des seins; profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P5	P5 : Poils de type adulte, s'étendant vers les cuisses.

Garçon :

Testicules		Pilosité pubienne	
T1	T1 : < 2,5 cm	P1	P1 : Pas de pilosité.
T2	T2 : Augmentation des testicules > 2,5 cm ; Amincissement du scrotum.	P2	P2 : Quelques poils sur le scrotum.
T3	T3 : 3,0 à 3,5 cm ; Epaississement du pénis.	P3	P3 : Poils plus pigmentés, contournés sur le pubis.
T4	T4 : 3,5 à 4 cm.	P4	P4 : Poils plus durs sur le pubis.
T5	T5 : > 4 cm ; Taille adulte du pénis.	P5	P5 : Pilosité de type adulte, s'étendant vers les cuisses et la paroi abdominale.

Annexe 6 : Fiche réflexe en cas de rédaction d'un certificat de décès

Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale

le 16/01/2019

Rédacteur : MC MAZEVET – chef du département médecine légale et odontologie

OBJET : Rédaction d'un certificat de décès.

La présente fiche vise à donner aux praticiens des armées amenés à constater un décès (notamment en situation isolée), des principes généraux et particuliers de rédaction du certificat de décès.

I – Références

- Code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 à R. 22131-4,
- Arrêté du premier ministre, en date du 17 juillet 2017, relatif aux deux modèles du certificat de décès,
- Article 81 du Code civil,
- Article 74 du Code de procédure pénale.

II – Principes généraux

- La rédaction d'un certificat de décès constitue une **obligation administrative** dans la mesure où ce certificat constitue la base juridique du constat de la mort d'une personne,
- Un certificat de décès doit être rédigé par un **docteur en médecine** (ou un étudiant en médecine en situation régulière de remplacement),
- L'établissement de ce document doit être précédé d'un **examen attentif du corps** de la personne décédée et des **circonstances du décès** ainsi qu'un **entretien avec la famille ou les proches**,
- Il existe **deux modèles de certificats de décès** : le premier concerne les décès à partir de 28 jours de vie et le second les décès néonatals jusqu'à 27 jours de vie,
- Au total, un préalable à la rédaction d'un certificat de décès est :
 - de s'assurer de l'identité de la personne décédée,
 - de rechercher l'existence d'un éventuel obstacle médico-légal (cf. infra),
 - de rechercher l'existence d'obligations particulières en matière d'opérations funéraires (cas des maladies contagieuses notamment. Cf. verso du certificat de décès),
- Un **certificat de décès, une fois établi, ne se refait pas.**

III – Points particuliers

3.1 Identification du corps

Lorsque l'état du corps le permet, une identification visuelle par des proches est possible pour l'établissement d'un certificat de décès. En opération extérieure, l'officier d'état civil s'assure de l'identification visuelle du corps par deux témoins.

Dans les cas où le **corps ne peut être formellement identifié** (corps dégradé, fragmenté, personne inconnue...) une identification formelle est requise, utilisant alors **l'un des trois identifiants primaires**

que sont les empreintes digitales, les empreintes génétiques ou l'odontologie. **Dans ces situations et en l'absence des résultats d'identifiant primaire, le certificat de décès est rédigé sous X.**

3.2 Datation de la mort

Le certificat de décès prévoit que le médecin indique la date et l'heure de la mort. Ces informations, faute de témoins, pourront être inscrites de manière **approximative**.

En cas d'impossibilité à établir ces éléments, le médecin pourra indiquer à l'emplacement prévu, **la date et l'heure du constat de décès**.

Il convient de préciser que **d'un point de vue médico-légal, la détermination du moment de la mort est particulièrement complexe** et basée sur la chronologie d'apparition des signes de la mort (refroidissement, rigidités, lividités, putréfaction). Cette chronologie dépend de nombreux facteurs internes et externes qui font qu'il convient d'être extrêmement prudent.

3.3 L'obstacle médico-légal

La mise en place d'un obstacle médico-légal sur le certificat de décès repose sur **l'analyse combinée de l'examen complet** (et donc déshabillé) du corps de la personne décédée, des **circonstances du décès et des éléments rapportés par la famille, des proches ou des témoins** (antécédents, traitements...).

Le Conseil de l'Europe a adopté en 1999 une recommandation R (99) 3 visant à apporter des précisions. Ainsi, un **obstacle médico-légal pourra être posé en cas de mort non naturelle évidente ou suspectée**, notamment :

- Homicide ou suspicion d'homicide,
- Mort subite inattendue (y compris la mort subite du nourrisson),
- Suicide ou suspicion de suicide,
- Accident de transport, de travail ou domestique,
- Suspicion de faute médicale,
- Maladie professionnelle,
- Catastrophe naturelle ou technologique,
- Décès en détention ou associé à des actions de police ou militaires,
- Corps non identifié ou restes squelettiques,
- Violation des droits de l'homme (suspicion de torture ou de mauvais traitements).

L'article L211-7 du Code de la justice militaire prévoit que « **est présumée ne pas avoir une cause inconnue ou suspecte la mort violente d'un militaire au cours d'une action de combat se déroulant dans le cadre d'une opération militaire hors du territoire de la République** ».

Lorsqu'un obstacle médico-légal est posé, le corps est à la disposition de la Justice. Le **médecin doit s'assurer que les forces de l'ordre sont saisies et attendre leur arrivée et directives**. Aucune modification des lieux (et du corps) n'est alors possible (article 55 du Code de procédure pénale). Cela signifie que les actes qui suivront (prélèvements, rapport d'examen de corps, autopsie...) ne se feront que sur réquisition présentée par les enquêteurs à un médecin. Le médecin qui n'est pas inscrit sur une liste d'expert doit alors prêter serment

(Signature d'un document formalisé présenté par les enquêteurs).

IV – Cas particulier de l’obstacle médico-légal évident

Dans les situations où l’existence d’un obstacle médico-légal est d’emblée évidente, il est **préférable**, sauf demande contraire des autorités judiciaires (magistrat ou enquêteurs) de **ne pas mobiliser le corps plus que nécessaire ni de le déshabiller**. En effet, ces manipulations peuvent entraîner une perte de traces d’intérêt.

Dans ces cas, la rédaction d’un certificat de décès avec obstacle médico-légal entraînera **l’examen du corps (voire une autopsie) par un médecin légiste**, rôdé aux méthodes de recherche, de prélèvement et de conservation des indices. Seul le volet administratif pourra-t-il être rempli puisque les causes de la mort ne pourront être établies. Le volet médical comportera « Indéterminée » pour les causes de la mort. Dans ce cas, le médecin légiste remplira un volet médical complémentaire, selon un modèle fixé dans l’arrêté de 2^{ème} référence.

En cas de besoin, les médecins légistes de l’IRCGN assurent une astreinte téléphonique au 06.37.25.61.83.

Annexe 7 : Recommandation pour les prises de photographies médico-scientifiques.

RECOMMANDATIONS POUR LES PRISES DE PHOTOGRAPHIES MEDICO-SCIENTIFIQUES (1) :

Il convient d'utiliser un appareil photo numérique, tout usage de smartphone est proscrit.

Ce type de photographie doit permettre d'obtenir une image fidèle, objective, de l'ensemble d'une scène, d'un corps ou de parties de corps (membres, lésions, objets).

Complémentaire d'un schéma annoté, elle permet de fixer des détails qui peuvent passer inaperçus ou qui sont jugés initialement inutiles. Elle permet de fixer des scènes dont la complexité dépasse la possibilité d'une description aussi minutieuse soit elle.

En matière médico-scientifique, la netteté maximale est recherchée sur tous les plans : la plus grande profondeur de champ est souhaitable. Il convient d'utiliser une focale adaptée, la plus longue possible compatible avec le champ photographié, un diaphragme aussi fermé que possible qui entraîne une besoin de lumière important.

L'éclairage :

Il doit être homogène en évitant au maximum les ombres portées. Il faut éviter les mélanges de sources de qualité différente.

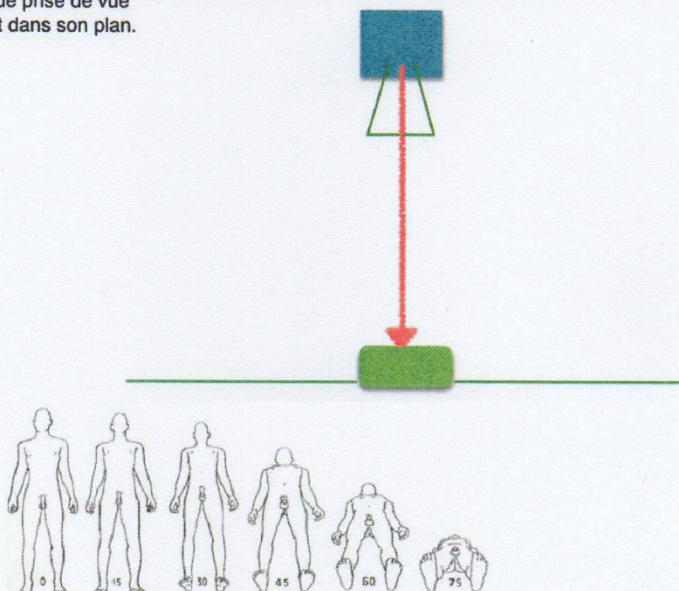
La lumière du jour est idéale, elle peut être remplacée par des flashes électroniques dont la température de couleur est proche de la lumière du jour.

La prise de vue doit être orthogonale :

L'axe de la prise de vue doit être perpendiculaire au plan passant par le sujet que l'on souhaite photographier.

En rouge: axe de prise de vue

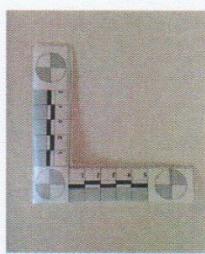
En vert: le sujet dans son plan.



Comme sur l'illustration suivante, un non respect de l'orthogonalité peut entraîner des déformations du sujet :

Plus l'angle de prise de vue est important plus la déformation est grande.

Les sujets photographiés doivent être accompagnés d'un réglet centimétrique, idéalement sous forme d'équerre disposant d'une cible circulaire de contrôle de l'orthogonalité :



Orthogonalité correcte



Mauvaise orthogonalité

Au sujet des photographies de corps entiers :

Il n'est pas toujours évident de prendre un corps dans son intégrité, il faut reculer l'objectif afin d'avoir deux derniers corps et toujours s'assurer de l'orthogonalité de la prise de vue (s'assurer, dans ce cas de figure que, sur l'ensemble des deux photos on a bien l'ensemble du corps). L'usage d'un escabeau peut s'avérer utile ou l'utilisation d'un appareil photo numérique avec écran inclinable et orientable.

Il n'est pas nécessaire de mettre un réglage centimétrique à ce stade, par contre il faut pouvoir faire des photos sur toutes les faces : Face Antérieure, Profil Droit, Profil Gauche, Face Postérieure.

Au sujet des photographies de parties de corps ou de lésions :

La pose du réglage centimétrique à proximité du sujet est fondamentale et le respect de l'orthogonalité est encore plus important. On conseille une première photo plus éloignée, pour localiser la région où se trouve la lésion et, la photo suivante comportera la lésion et le réglage centimétrique (la fonction macro est intéressante ici, elle est disponible sur bon nombre d'appareils photographiques électroniques).

Au sujet des photographies de scènes :

Dans le cas où il est possible de réaliser des photos du lieu où la victime est décédée (lieu de l'accident, environnement du corps etc...). Il est utile de réaliser quelques clichés fixant cette scène, ils peuvent renfermer des détails utiles aux expertises ultérieures. La vidéo peut se révéler très utile pour la fixation de scènes complexes.

(1) : Pratique médico-légale (Durigon , ed MASSON)

Annexe 8 : Protocole de prise en charge et d'examen des militaires décédés en opération (version 2012 actualisée en 2018)

MC AGOSTINI Charles - MC MAZEVET Michel - MP PASQUALINI Christelle
Pôle Judiciaire de la Gendarmerie Nationale (PJGN)
Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale (IRCGN)

Référence : Lettre no 01882/DEF/CM13 du 22 février 2012 de monsieur le Ministre de la Défense, relative aux protections individuelles et collectives du combattant.

1- Introduction :

Afin de répondre à la demande du Ministre de la Défense, du Collège des Inspecteurs généraux des armées et tenant compte des avis émis par la Direction des Affaires Judiciaires du Ministère de la Défense, un protocole **d'examen médico-scientifique systématique de tout militaire décédé en opération** est exposé dans la présente fiche.

Ce protocole est **hors cadre judiciaire** et a pour but de **mieux comprendre les causes et les circonstances du décès** afin **d'améliorer la protection des combattants** ainsi que la **prise en charge médico-chirurgicale des blessés de guerre**.

La mise en œuvre de ce protocole est déclenchée de manière systématique par **l'Etat-major des Armées**.

Il comporte la réalisation systématique d'un **scanner injecté (virtangiographie)**, d'un **examen externe du corps**, des **effets personnels** et des **équipements de protection** et de **prélèvements peu délabrants**.

Il est effectué dans le département de médecine légale de l'Institut de Recherche Criminelle de la Gendarmerie Nationale à Pontoise (95)

2- Protocole de prise en charge et d'examen des militaires décédés en opérations :

Le corps est rapatrié en France dans le cadre du plan Hommage. Il est transporté directement au Pôle Judiciaire de la Gendarmerie Nationale pour réalisation des examens. Le **PJGN est saisi officiellement par l'Etat-major des Armées**.

Deux cas de figures peuvent se présenter :

La victime est décédée d'emblée et aucune prise en charge médico-chirurgicale n'a pu être démarrée : le corps est, dans ce cas, **laissé en l'état** et mis en container avec son équipement et les accessoires médicaux de réanimation de l'avant, éventuellement utilisés, encore en place.

La victime est décédée secondairement et des actes de réanimation et de chirurgie ont été réalisés. Dans ce cas :

Il est impératif que les plaies et lésions observées sur place aient été photographiées selon un protocole décrit en annexe et ce avant toute intervention chirurgicale, suture ou parage de plaie,

Les vêtements et effets de protection doivent être conservés et accompagneront le corps lors de son transfert à Pontoise,

Un dossier médical complet relatant l'ensemble des actes médico-chirurgicaux et examens complémentaires réalisés avec leurs résultats doit également accompagner le corps.

Dans les deux cas, pour rendre l'examen de corps encore plus pertinent, des informations concernant les **causes et les circonstances du décès** doivent être fournies selon le modèle proposé en annexe.

Demande type et formulation de mission demandée au PJGN :

« *Bien vouloir :*

- *Réaliser des examens scanner du corps avec virtangiographie,*
- *Procéder à l'examen du corps et des effets personnels et de protection du militaire,*
- *Effectuer toutes photographies jugées utiles,*
- *Effectuer tout prélèvement jugé nécessaire,*
- *Vous vous adjoindrez le concours de tout spécialiste que vous jugerez utile en fonction des circonstances,*
- *Remettre un rapport,*
- *Conserver les prélèvements puis procéder à leur acheminement éventuel auprès des différents spécialistes,*
- *Conditionner les vêtements et effets de protection au profit de la DGA... »*

Le protocole d'examen des corps proposé est le suivant :

2.1. Réalisation des examens radiologiques :

Un **scanner corps entier** du corps est réalisé avant et après déshabillage. Il est complété par la réalisation d'une **virtangiographie**, technique unique en France, permettant la visualisation de l'arbre vasculaire et une plus grande précision du bilan lésionnel, sans ouverture des cavités corporelles. La lecture des scanners est effectuée par les médecins-légistes de l'IRCGN puis par un radiologue du Service de Santé des Armées. Une confrontation avec le bilan lésionnel réalisé lors de l'examen externe est effectuée.

2.2. Examen externe du corps :

Le corps est systématiquement **examiné par deux médecins légistes du PJGN**.

D'autres spécialistes peuvent être sollicités par les médecins légistes en fonction du contexte pour les assister (balisticien, expert en explosifs, en microtraces, ADN, odontologie, toxicologie, chirurgien des armées, réanimateur des armées, chercheur de l'IRBA, spécialiste DGA...)

L'examen externe comprend :

- Un examen des effets vestimentaires et des équipements de protection,
- Le recueil des éléments d'identification (poids, taille, corpulence, couleur des yeux, couleur des cheveux, cicatrices, tatouages, déformations...)
- La description de l'ensemble des lésions constatées avec prise de mesure et clichés photographiques.

2.3. Réalisation de prélèvements systématiques :

Des prélèvements systématiques seront réalisés et pourront faire l'objet d'expertises complémentaires selon la demande de l'État-major des Armées.

Il s'agira, sans pouvoir être exhaustif, de prélèvements :

- À visée toxicologique : sang, urine et cheveux,
- À visée anatomopathologique : berge des plaies notamment pour identification des orifices d'entrée et de sortie d'éléments projectiles lorsque cela n'est pas certain à l'examen externe,
- De type tamponniers à la recherche de résidus de tir notamment sur les mains,
- À visée balistique : corps étrangers si accessibles aux fins d'identification.

Tous les prélèvements réalisés au PGN sont conservés selon les normes en vigueur et dans des locaux sécurisés jusqu'à leur transmission.

2.4. Rédaction d'un rapport de synthèse :

Un rapport de l'ensemble des opérations médico-légale sera dressé. Il **prend en compte l'ensemble des renseignements fournis** (données circonstancielles, données médicales, examen scanner, examen du corps, prélèvements, avis des spécialistes adjoints présents, photographies...) et vise à apporter des éléments concernant les **causes et mécanismes de décès**.

Le rapport est **transmis à l'Etat-major des Armées** (niveau de confidentialité à préciser) avec **copie au Service de Santé des Armées** (Institut de Recherche Biomédicale des Armées).

Une copie est archivée au PJGN.

Cas particulier de l'identification d'un corps :

L'état d'un corps peut dans certains cas rendre l'identification visuelle et formelle de celui-ci difficile.

Un examen odontologique, un relevé d'empreintes digitales et des prélèvements ADN peuvent alors être effectués par des spécialistes du PJGN.

Il convient de rappeler **que toute procédure d'identification se fait dans un cadre judiciaire** (sauf texte spécifique concernant les militaires à créer).

Annexe 9 : Recommandation Européennes R(99)3 sur l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale

Principe 1 : Examen des lieux

Particulièrement en cas de décès non naturel suspecté, il est recommandé qu'un médecin légiste se rende sur les lieux sans délai, ce qui requiert une structure de coordination adéquate entre toutes les personnes concernées (organes de justice, police et médecin légiste).

Les tâches qui incombent à la police lors de l'examen de corps sont précisément définies de même pour le médecin légiste. Ce dernier devra :

- Être informé de toutes les circonstances relatives à la mort.
- S'assurer que des photographies du corps soient prises de façon appropriée.
- Noter la position du corps et sa compatibilité avec l'état des vêtements, le degré de la rigidité et de la lividité cadavérique ainsi que l'état de décomposition post-mortem.
- Examiner et noter la localisation et la forme de toute trace de sang sur le corps et les lieux ainsi que tout autre indice biologique.
- Procéder à un examen préliminaire du corps.
- Noter la température ambiante, la température rectale profonde du corps et estimer l'heure du décès en relevant le degré, la localisation et l'état de réversibilité de la rigidité et des lividités cadavériques, ainsi que toute autre constatation, sauf lorsque le corps est en état de décomposition ou de squelette.
- S'assurer que le corps est transporté et conservé en l'état dans un lieu réfrigéré sûr.

Principe 2 : Médecins chargés de l'autopsie

D'après ces recommandations les autopsies médico-légales devraient être pratiquées par deux médecins, dont l'un au moins devrait être médecin légiste.

Principe 3 : Identification

L'identification devrait être faite conformément au "guide INTERPOL sur l'identification des victimes de catastrophe", publié en 1984 guide INTERPOL sur l'identification des victimes de catastrophe et mis à jour en 2018 (4), en s'appuyant en priorité sur des identifiants primaires (permettant une identification formelle) puis des identifiants secondaires :

- Examen dentaire par odontologue ayant une expérience en médecine légale (identifiant primaire)
- Examen anthropologique si le corps est à l'état de squelette ou de décomposition avancée.
- Empreintes digitales relevées par les officiers de police ou des experts du domaine (identifiant primaire).
- Identification génétique (identifiant primaire).
- Description de l'ensemble des effets personnels du défunt (identifiants secondaires).
- Description de l'ensemble des caractéristiques physiques du défunt (identifiants secondaires). Le principe de l'identification repose alors sur la collecte de données ante-mortem et post-mortem puis leur confrontation en vue d'un rapprochement.

L'identification visuelle réalisée par des proches du défunt est rarement possible ou souhaitable en cas de catastrophe de masse. Outre l'état des corps, cette procédure peut être conduire à des erreurs d'identification.

Principe 4 : Considération générales

Concernant l'autopsie médico-légale, les recommandations précisent qu'avant de commencer l'autopsie il convient d'appliquer les règles suivantes :

- Noter la date, l'heure et le lieu de l'autopsie.
- Noter le nom du ou des médecins ainsi que des personnes présentes lors de l'autopsie, en indiquant leur qualité et leur rôle dans l'autopsie.
- Le cas échéant, procéder à des photographies en couleurs ou tourner une vidéo de toutes les constatations pertinentes faites sur le corps habillé et déshabillé.
- Déshabiller le corps, examiner et répertorier les vêtements et les bijoux et vérifier la concordance entre les blessures observées sur le corps et l'état des vêtements.
- Le cas échéant, procéder à des radiographies, voire un scanner, notamment en cas de suspicion de sévices sur des enfants et pour localiser d'éventuels corps étrangers.
- Avant le début de l'autopsie, tous les orifices devraient, le cas échéant, faire l'objet d'un écouvillonnage pour garder des traces d'éléments biologiques.

Si la victime a été hospitalisée avant son décès, il conviendrait d'obtenir les échantillons biologiques prélevés à l'admission, les radiographies et tout autre élément figurant dans le dossier médical de l'établissement.

Principe 5 : Procédure de l'autopsie

1) Examen externe

Il convient lors de l'examen externe du corps de :

- Décrire le cadavre en mentionnant notamment : âge, sexe, poids, taille, corpulence, état nutritionnel, groupe ethnique, couleur de la peau, signes particuliers (tatouages, cicatrices, amputations, déformations...).
- Relever les modifications cadavériques avec leur répartition, leur intensité, leur couleur, leur réversibilité. Celles relatives à la putréfaction et aux modifications entraînées par les conditions environnementales doivent être décrites.
- Noter les constatations faites au cours du premier examen externe, incluant les taches ou autres traces visibles sur la surface du cadavre.
- Réaliser un nouvel examen du corps après nettoyage et enlèvement des corps étrangers extra-corporels.
- Inspecter le revêtement cutané du corps.
- Décrire et examiner la tête, les orifices de la face, la couleur, la longueur, la densité et la distribution de la chevelure, la présence d'éventuels écoulements.
- Au niveau du cou : rechercher une mobilité anormale et contrôler la présence ou l'absence d'abrasion ou de traces de contusion.
- Au niveau du thorax : décrire son aspect et sa stabilité. Décrire les seins le cas échéant.
- Au niveau de l'abdomen : décrire pigmentation, cicatrices, malformations et contusions.
- Décrire l'anus et les organes génitaux.
- Au niveau des membres : décrire leur aspect ainsi que d'éventuelles mobilités anormales, malformations, traces d'injections, cicatrices. Réaliser un examen des surfaces palmaires, ainsi que des ongles des doigts et des orteils.
- Prélever les indices matériels sous les ongles.

Par ailleurs toutes les blessures y compris les abrasions, les contusions, les lacérations ainsi que toutes autres marques doivent être décrites précisément avec localisation, dénombrement, taille, forme et orientation. Des photographies doivent être prises.

Les traces de morsure doivent faire l'objet d'un écouvillonnage et le cas échéant d'un moulage.

Les signes de réaction vitale autour des plaies, la présence de particules étrangères à l'intérieur et sur le pourtour des blessures doit également être décrite, de même que les réactions secondaires telles que les décolorations, cicatrisations ou infections. L'appréciation des contusions cutanées et sous-cutanées peut nécessiter une incision locale de la peau appelée crevée (ou incision cutanéo-aponévrotique) afin de confirmer leur existence ou non et d'en préciser la description (ecchymose ou hématome). Si cela est possible, on peut réaliser des prélèvements au niveau des blessures pour examen complémentaire, notamment histologique ou histochimique. Toutes les traces d'intervention médicale doivent être décrites. Les dispositifs médicaux ne doivent pas être retirés avant l'intervention du médecin légiste. A ce stade de la procédure, il y a lieu de déterminer la stratégie à suivre en matière d'investigation et la nécessité ou non de recourir à des imageries médicales. Cependant cette recommandation est peu en phase avec les pratiques actuelles consistant à réaliser les examens d'imagerie en amont des autres procédures.

2) Examen interne.

Concernant l'examen interne du cadavre, il est nécessaire de suivre les principes généraux suivants :

- Tout artefact produit par la dissection ou les procédures de prélèvement doit être répertorié.
- Les trois cavités du cadavres (la boîte crânienne, le thorax et l'abdomen) doivent être ouvertes plan par plan. Le cas échéant, le canal rachidien et les cavités articulaires devraient être examinées.
- L'examen et la description des cavités doivent comporter la recherche de la présence ou non de gaz, une mesure du volume des liquides (dont du sang), l'aspect de la face interne des parois, l'absence d'anomalie au niveau des structures anatomiques, l'aspect externe des organes et leur localisation, les adhérences et obstructions intracavitaires éventuelles ainsi que les éventuelles lésions ou hémorragies.
- L'exploration et la dissection des tissus mous et des muscles de la région cervicale font partie de l'autopsie.
- Tous les organes doivent être examinés et découpés conformément aux règles de la pratique anatomo-pathologique ce qui inclus l'ouverture de tous les vaisseaux importants, tels les artères et les veines, ainsi que les autres conduits. De plus les organes creux doivent être ouverts et leur contenu décrit, avec le cas échéant

prélèvement d'échantillons. Tous les organes doivent être découpés et l'aspect de la tranche de section précisé. Si des lésions sont constatées, la technique de dissection pourra s'écartier de la procédure habituelle. La technique utilisée devra alors être décrite et documentée.

- Toutes les lésions et blessures internes doivent être décrites, selon leur localisation et dimension. Le trajet des plaies doit être décrit afin d'établir leur direction en relation avec l'anatomie de l'organe.
- Le poids des organes majeurs doit être noté.

En ce qui concerne l'examen interne il convient d'étudier et de disséquer précisément :

- La tête
- Le thorax et cou
- L'abdomen
- Le squelette

Dans certains cas il est recommandé de faire appel à des techniques particulières notamment dans les cas suivants :

- S'il y a présence d'une suspicion de traumatisme cervical, l'encéphale et les viscères thoraciques doivent être extraits avant dissection détaillée du cou afin de pouvoir réaliser cette dernière dans de bonnes conditions.
- S'il y a suspicion d'embolie gazeuse, une radiographie du thorax doit être pratiquée avant l'autopsie et un protocole spécifique pour l'ouverture du thorax appliqué. Cette méthode est cependant devenue obsolète avec l'utilisation du scanner.
- S'il est nécessaire de mettre en évidence certains type de blessures, la technique habituelle d'autopsie peut être modifiée en la spécifiant sur le rapport.
- Si le décès est d'origine traumatique, la dissection doit comporter la mise à nu des tissus mou et de la musculature de la partie postérieure du corps. De plus la technique dite de « l'écorchage » est appliquée aux 4 membres.
- En cas d'agression sexuelle évidente ou suspectée, les organes génitaux internes doivent être extraits « en bloc » en même temps que les organes génitaux externes, le rectum et l'anus pour ensuite être disséqués. Cette dissection sera précédée de prélèvements par écouvillonnage des différents orifices et cavités.

En ce qui concerne les prélèvements, la procédure varie d'un cas à l'autre. Il convient d'appliquer

les règles suivantes :

- Il doit être prélevé un échantillon des principaux organes pour examens histologiques, un échantillon de sang (pour analyses toxicologiques ou identification génétique), d'urine et du contenu gastrique. Tous les échantillons de sang doivent être constitués de sang périphérique, et non thoracique ou cardiaque.
- Si la cause de la mort ne peut être établie avec certitude, les prélèvements doivent comprendre des échantillons et liquides biologiques additionnels pour analyses métaboliques et toxicologiques. Cela doit inclure le sang, l'humeur vitrée, le liquide céphalo-rachidien, la bile, des échantillons de cheveux ou tout autre prélèvement tissulaire justifié.
- Si la mort est d'origine violente, il y a lieu de réaliser des prélèvements au niveau des blessures, cela pour en déterminer la vitalité, une datation ainsi que l'existence éventuelle de matériel étranger.
- Si une reconstitution corporelle est souhaitable, le prélèvement de structures osseuses peut être nécessaire.
- Si l'identification constitue l'objet principal, l'extraction des maxillaires et d'autres os peut être nécessaire. Cette technique est cependant très peu pratiquée à ce jour, les instituts médico-légaux ayant à disposition des dentistes formés à l'identification.
- En cas de suspicion de strangulation ou de violence au niveau de la région cervicale, il faut préserver pour examen histologique, la totalité des structures du cou, y compris les plans musculaires et les axes vasculo-nerveux.
- Les prélèvements biologiques de l'autopsie doivent être conservé dans des bonnes conditions et mis sous scellés. Pour certains ils doivent être prélevés de manière spécifique et analysés sans délai.

Principe 6 : Rapport d'autopsie

Ce rapport doit être rédigé selon les règles suivantes :

- Il doit être complet, détaillé, compréhensible et objectif.

- Il doit être clair et compréhensible pour d'autres médecins mais également pour des lecteurs n'ayant pas de formation médicale.
- Il possède un déroulement logique de façon que l'on puisse se référer aisément aux différentes parties du rapport.
- Il se présente sous une forme lisible, avec des copies papier même s'il existe une version électronique.
- Il est écrit dans un style d'essai discursif.

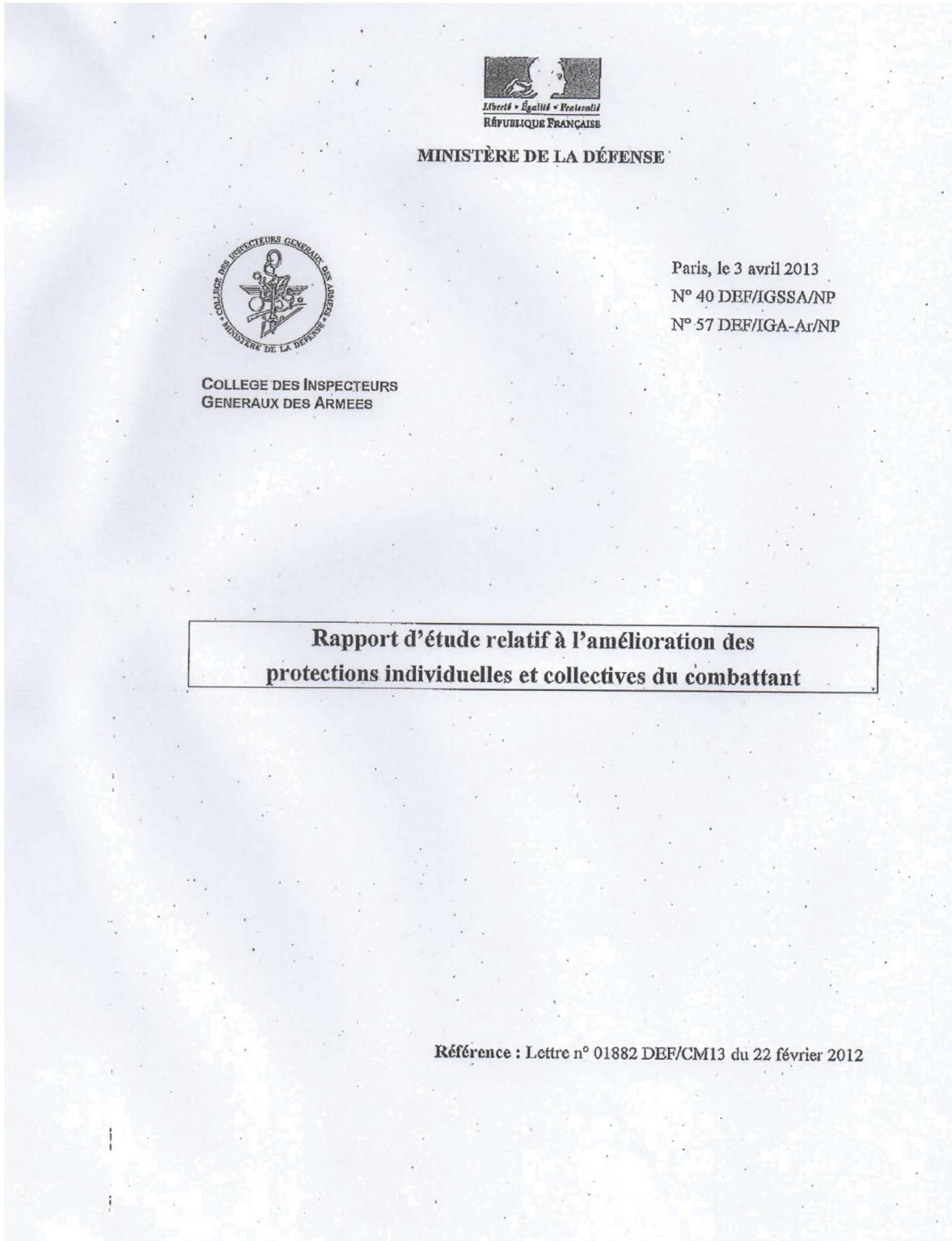
En ce qui concerne le contenu du rapport, ce dernier devrait comprendre au minimum :

- Une préface juridique pour répondre aux conditions stipulées par la loi, si nécessaire.
- La référence du dossier, le code de récupération sur ordinateur, le code « classification internationale des maladies » (CIM).
- Les informations personnelles complètes de la personne décédée (sauf si elle n'a pu être identifiée).
- La date, l'heure et le lieu du décès si connus.
- La date, l'heure et le lieu de l'autopsie.
- Le nom, la qualification et le statut du ou des médecins légistes.
- Les personnes présentes lors de l'autopsie et leur fonction.
- La dénomination de l'autorité ayant ordonné l'autopsie.
- La ou les personnes ayant identifié le corps auprès du médecin légiste.
- Le nom et l'adresse du médecin traitant de la personne décédée.
- Un synopsis du déroulement et des circonstances du décès tels qu'elles ont été indiquées au médecin légiste par la police, les magistrats, la famille ou d'autres personnes, ainsi que les informations trouvées dans le dossier si elles sont disponibles.
- La description des lieux du décès, si le médecin légiste s'est rendu sur ces lieux selon les principes énoncés plus haut.
- L'examen externe du corps.
- L'examen interne par système anatomique accompagné d'un commentaire sur chaque organe.
- La liste de tous les échantillons conservés aux fins d'analyse toxicologique, d'histologie, d'identification génétique et de microbiologie.

- Les résultats d'examens annexes (radiologie, odontologie, entomologie ou anthropologie) s'ils sont disponibles.
- L'évaluation de la signification de l'ensemble des constatations effectuées par le médecin légiste. A l'issue de l'autopsie, cette évaluation revêt généralement un caractère provisoire et peut être modifiée par des constatations et informations ultérieures. Les médecins doivent interpréter l'ensemble de leurs constatations de manière à pouvoir fournir le plus d'avis et d'informations possibles.
- Sur la base de l'interprétation finale, la cause du décès devrait être indiquée (selon la classification CIM 10). Lorsque plusieurs causes du décès existent, et que les faits ne permettent pas de trancher, le médecin légiste devrait décrire ces causes, par ordre de probabilité. Si la cause du décès n'a pu être déterminée il faudra le spécifier dans le rapport.

Finalement le rapport doit être relu, vérifié, daté et signé par le ou les médecins légistes. Par ailleurs l'intervalle de temps entre la date de l'autopsie et la date du rapport provisoire ne devrait pas dépasser 24 à 48 heures. Le délai entre l'autopsie et le rendu du rapport final devrait être aussi bref que possible.

Annexe 10 : Extraits du rapport d'étude relatif à l'amélioration des protections individuelles et collectives des combattants (03/04/2013, Collège des Inspecteurs Généraux des Armées)



SYNTHESE

La France engage aujourd’hui plusieurs milliers de militaires sur des théâtres d’opérations extérieures. Alors que des efforts significatifs ont été réalisés pour protéger les combattants et améliorer la survie des équipages des véhicules, la baisse de la létalité constatée s’accompagne d’une aggravation des séquelles des blessures et des infirmités.

Ces efforts doivent être poursuivis :

- les médecins doivent continuer à améliorer leurs connaissances des lésions occasionnées afin de progresser dans la prise en charge médicale des blessés,
- les ingénieurs doivent poursuivre les innovations technologiques et de conception pour protéger toujours plus efficacement les combattants.

L’analyse des constatations issues du retour d’expérience fournit des informations précieuses, en particulier dans ce domaine si cette analyse s’inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, en équipe intégrée, qui établit la corrélation entre les lésions subies par les combattants et les dommages subis par les dispositifs de protection.

Pour ce faire, depuis 2009, une initiative des organismes du ministère œuvrant pour la protection des combattants s’est fixé comme objectif d’analyser les informations issues du retour d’expérience afin de contribuer aux objectifs décrits ci-dessus.

Les inspecteurs généraux ont évalué le dispositif mis en œuvre par le groupe de travail « RETEX protection combattant » ainsi créé et proposé des recommandations destinées à pérenniser et renforcer son action quels que soient les théâtres d’engagement futurs.

Ils recommandent en premier lieu que la mission confiée à ce groupe « RETEX protection combattant » soit officialisée à bon niveau au sein du ministère :

- les organismes du ministère contribuant à cette activité s’engageraient à y consacrer les moyens humains et techniques nécessaires,
- la visibilité conférée à ce groupe par sa mission serait de nature à faciliter l’accès à des informations ciblées qui lui sont nécessaires pour instruire les cas susceptibles d’être instructifs.

Ils proposent que soient étudiées en détail, afin d’en vérifier la faisabilité et l’acceptabilité, les modalités de mise en œuvre de dispositions qui permettraient le rapatriement des corps des soldats tués avec leurs effets de protection dans le but de réaliser en métropole un scanner corps entier avec et sans les effets de protection puis, et selon les règles propres à l’autopsie judiciaire, une autopsie à visée scientifique par un médecin légiste militaire, le tout dans des délais rapides afin de peu retarder la présentation du corps à sa famille.

Ils ont également recommandé l’organisation d’une connexion formelle entre ce groupe « RETEX protection combattant » et la commission d’expertise technique mise en place pour exploiter le retour d’expérience dans le domaine de la lutte contre les engins explosifs improvisés mise en place pour le compte de l’opération CARAPE¹ et qui ne bénéficie pas de l’analyse médicale des lésions subies par les membres d’équipage des véhicules agressés.

¹ Capacité de réaction et d’anticipation pour la protection contre les engins explosifs improvisés.

Enfin, considérant que le domaine de la protection individuelle du combattant est caractérisé par une forte complémentarité des compétences des organismes concernés du ministère, les inspecteurs généraux recommandent que la coopération entre le centre d'expertise du soutien du combattant et des forces (CESCOF) et la DGA soit renforcée : un référentiel technique partagé devrait être établi pour la spécification et l'évaluation des effets de protection individuels. Il s'enrichirait des enseignements tirés du RETEX et permettrait de renforcer le rôle du ministère dans les travaux de normalisation au sein de l'OTAN. Cette action pourrait également constituer l'amorce d'une démarche d'animation technique transverse de ce domaine dans l'esprit de l'organisation progressive d'un pilotage ministériel de la maîtrise de l'expertise et des savoir-faire techniques.

RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS

R1	Mettre sur pied, au niveau convenable, une mission pluridisciplinaire de retour d'expérience relatif aux protections individuelles et collectives du combattant en fixant ses objectifs, ses participants, son organisation, son fonctionnement, ses interactions avec les autres RETEX et ses modalités de restitution.
R2	Organiser l'accès des parties prenantes du RETEX aux informations, souvent confidentielles, portant sur l'environnement opérationnel de chaque cas mettant en jeu les protections individuelles ou collectives.
R3	Afin d'améliorer les protections individuelles et collectives du combattant, étudier les modalités de mise en place d'une organisation permettant, dans un cadre légal et des délais compatibles avec les cérémonies de deuil, l'autopsie scientifique systématique, selon des règles propres à l'autopsie judiciaire et comprenant un scanner corps entier, des militaires morts au combat en opérations.
R4	Mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire chargé de l'animation du domaine technique de la protection du combattant dans le cadre d'un comité mixte ministériel en charge de l'expertise et des savoir-faire techniques. Faire élaborer par le groupe un référentiel technique partagé (entre la DGA et le CESCOF) pour la spécification et l'évaluation des effets de protection individuels.
R5	Créer un lien entre la mission de retour d'expérience relative aux protections individuelles et collectives et la commission d'expertise technico-opérationnelle « incident EEI » (CARAPE) pour permettre l'échange d'informations et la contribution réciproque à l'instruction des dossiers concernés.

ANNEXE 5 : PRISE EN CHARGE DES COMBATTANTS DECEDES

Action	Observations
Sur le théâtre	
Constat du décès (dans l'hypothèse où l'équipe médicale ne peut que constater le décès)	Effectué par le médecin de l'équipe médicale
Relevage du corps	Enlever les équipements qui ne doivent pas demeurer sur le corps : armement, munitions, documents, radio. Maintenir les effets de protection sur le corps ou les remettre en place à l'issue
Mettre le corps équipé des effets de protection dans le sac de transport, puis dans le conteneur de transport post mortem.	
Stocker le conteneur dans l'attente du transport pour la métropole.	
Transport vers la métropole	
Rapatrier le corps en métropole	Dès que possible
En métropole	
A l'arrivée en métropole, conduire immédiatement le corps dans les locaux de l'IRCGN	
A l'IRCGN, prendre en charge le corps	
Préparer le corps et réaliser un scanner corps entier avec puis sans effets de protection	Conditionner les effets de protection à l'issue du scanner en vue de leur prise en charge par le CESCOF.
Réaliser un examen des lésions du corps par une autopsie à visée scientifique.	Par un médecin légiste militaire
Effectuer la toilette mortuaire	
Préparer le corps en vue de sa présentation à la famille	
Transpôrter le corps vers le lieu de présentation à la famille	
Présentation à la famille	

BILA Valentin

Interne des Hôpitaux des Armées

Les médecins militaires sont amenés par leur fonction à réaliser des actes médicaux légaux au même titre que leurs confrères civils. Après une étude préliminaire par extraction des bases de données du Centre d'épidémiologie et de Santé Publique des Armées, il apparaît que sur l'ensemble des décès dans les armées, 20,95% sont susceptibles de mettre en jeu des compétences médico-légales et 43,7 % des décès ont conduit à la réalisation d'une autopsie. Les décès de militaires dans le cadre du service sont donc plus à risque de judiciarisation que ceux en population générale. La présente étude visait donc à étudier les pratiques médico-légales de médecins généralistes du service de santé des armées, dans le cadre de leur emploi au sein de la médecine des forces.

Il s'agit d'une étude d'évaluation des pratiques professionnelle. Un questionnaire interrogeant sur les pratiques d'un point de vue quantitatif puis qualitatif a été diffusé via le réseau informatique du Ministère des armées (INTRADEF) aux médecins des forces actuellement en activité pour être rempli et retourné par la même voie.

Nous avons recueilli 254 questionnaires. L'échantillon dans ensemble a déclaré avoir constaté un total de 159 décès. Ces décès ont été constatés par 77 médecins différents.

Nous pouvons conclure que les pratiques médico-légales dans le Service de Santé des Armées peuvent faire l'objet de travaux d'amélioration en vue de se rapprocher des référentiels proposés. Ces améliorations paraissent attendues dans la mesure où les décès constatés par les praticiens des armées impliquent bien plus souvent la présence d'un obstacle médico-légal voire la nécessité d'investigations menées par l'autorité judiciaire que ceux de la population générale. De plus les décès constatés par les médecins militaires ont lieu en majorité en dehors de la France métropolitaine, en contexte opérationnel, où le transport sur un institut médico-légal et le recours à un médecin spécialiste en médecine légale sera complexe.

MOTS CLES : Médecine légale, Médecine militaire, Constat de décès, Obstacle Médico-Légal, SSA, Evaluation des Pratiques.

JURY

Président : Monsieur le Professeur FANTON Laurent
Membres : Monsieur la Professeure PERDRIX Corinne
Monsieur le Professeur MICHEL Rémy
Monsieur le Professeur SCHWARTZBROD Pierre-Éric
Monsieur le Docteur MAZEVET Michel

DATE DE SOUTENANCE : 04/06/2020

EMAIL DE L'AUTEUR : valentin.bila@intradef.gouv.fr