

*Systemes D'investigation De Décès Dans Le
Monde & Reformes*

نظم التحقيق في الوفيات عبر العالم والإصلاحات

Death Investigation Systems In The World And Reforms

عمر حجازي

Omar HADJAZI

أستاذ محاضر أ، تخصص طب شرعي، كلية الطب، جامعة سيدي بلعباس، وماستر في القانون

Faculty of Medicine University of Sidi-Bel-Abbes

ohadjazi@yahoo.fr

مراد طالب

Mourad TALEB

أستاذ، تخصص أوبئة، كلية الطب، جامعة سيدي بلعباس

Faculty of Medicine University of Sidi-Bel-Abbes

taleb_morad1962@yahoo.fr

لحسن بلحاج

Lahcène BELHADJ

أستاذ، تخصص طب شرعي، كلية الطب، جامعة سيدي بلعباس

Faculty of Medicine University of Sidi-Bel-Abbes

lahlegiste@gmail.com

بوبلنز عبداللطيف

Abdelatif BOUBLENZA

أستاذ، تخصص طب شرعي، كلية الطب، جامعة سيدي بلعباس

Faculty of Medicine University of Sidi-Bel-Abbes

abdellatif_boublenza@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2020/12/27

تاريخ القبول: 2020/12/02

تاريخ إرسال المقال: 2018/12/17

Résumé

La mort doit obligatoirement être constatée par un médecin. Ce monopole du médecin concernant le diagnostic de la mort signant la fin de la personnalité du défunt ne peut être une formalité vu les conséquences qui peuvent s'ensuivre. Si la case de mort naturelle est cochée, le défunt est inhumé sans aucune suite. Si la découverte d'un cadavre putréfié ou violenté entraîne systématiquement l'ouverture d'une enquête judiciaire, Dans les cas moins évident, il peut y avoir des difficultés.

Dans par le monde, devant l'importance de ce sujet, plusieurs travaux ont cherché à évaluer la qualité des données issues de la constatation de décès, ayant conduit à des réformes comme vue aux Etats-Unis d'Amérique et en Angleterre. Dans cette article on va faire le tour d'horizon concernant les différents systèmes d'investigation de décès et le réformes conduites ainsi que le système appliqué en Algérie.

Mots clés :

La mort ; Médecin; Système; Investigation; Le monde.

Abstract:

Every death, must be examined by a doctor. This monopoly of the doctor regarding the diagnosis of death, which indicates the end of the personality of the deceased, cannot be a matter of formalities only, VIEW The very important cosequences that can follow. If death is diagnosed as natural, the deceased is buried without any other procedure. But if the death is a result of violence or undetermined cause, this always leads to the opening of a judicial investigation, but in less clear cases, the doctor faces difficulties because the doctor his first priority is to save human life or Minimizing the suffering of patients, investigation is not his prerogative.

All over the world, given the importance of this topic, many studies have sought to assess the quality of mortality monitoring, which has led to reforms as has happened in the United States of America. and in England. In this article, we will review the different death investigation systems, the reforms that have been carried out and the system applied in Algeria.

Keywords:

Death; doctor; diagnosis; investigation; systems.

ملخص:

عند حدوث أية وفاة، يجب معاينة الجثة من طرف طبيب، هذا الاحتكار للطبيب فيما يتعلق بتشخيص الموت الذي يدل على نهاية شخصية المتوفى لا يمكن أن يكون عبارة عن شكلية فقط وهذا بالنظر إلى العواقب التي قد تترتب على ذلك. إذا تم تشخيص الموت كطبيعية، يتم دفن المتوفى دون أي إجراء آخر ومن جهة أخرى إذا تم اكتشاف جثة متعفنة أو من جراء عنف فهذا يؤدي دائما إلى فتح تحقيق قضائي، لكن في الحالات الأقل وضوحًا تواجه الطبيب صعوبات لان الطبيب أولى أولوياته هي انقراض الحياة البشرية او التقليل من معاناة المرضى فالكشف عن جرائم القتل المفترضة ليس من اختصاصاته.

في جميع أنحاء العالم، ونظراً لأهمية هذا الموضوع، سعت العديد من الدراسات إلى تقييم جودة رصد الوفيات، مما أدى إلى إصلاحات كما جرى في الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا. في هذا المقال سنقوم بمراجعة الأنظمة المختلفة للتحقيق في الوفيات والإصلاحات التي أجريت والنظام المطبق في الجزائر.

كلمات مفتاحية: الوفاة، طبيب، أنظمة، التحقيق، العالم.

1. Introduction

Lorsqu'un décès survient, la mort doit obligatoirement être constatée par un médecin. Ce monopole du médecin concernant le diagnostic de la mort signant la fin de la personnalité du défunt ne peut être une formalité vu les conséquences qui peuvent s'ensuivre. C'est un acte médico-légal, une obligation administrative et déontologique mais également un devoir éthique. C'est une obligation du médecin vis-à-vis de celui qui vient de mourir, de sa famille mais aussi de la société¹.

Dans le monde, devant l'importance de ce sujet, plusieurs travaux ont cherché à évaluer la qualité des données issues du constat de décès ayant conduit à des réformes importantes que ce soit aux USA où l'on note une transformation progressive du système coroner vers celui de l'examineur médical ou en Angleterre où l'affaire Harold Frédéric Shipman, qui a poussé le gouvernement à conduire une réforme de la constatation et la certification de décès. Pour mieux cerner le sujet on va voir les différents systèmes d'investigations de décès dans le monde.

2. Histoire de la constatation et la certification de décès

2.1. Dans le monde

Si le dénombrement des décès a commencé en Angleterre en 1540 pour les cas d'épidémie de peste, il s'est élargi par la suite aux autres causes de décès en 1590. A partir de 1660 il y a eu la mise en place de bulletins de mortalité et ceci jusqu'au 17ème siècle².

A partir du 18^{ème} siècle c'est la création des tables de mortalité par John Grant. Toujours en Angleterre en 1830, il y a eu la mise en place d'un imprimé pour la certification des causes de décès : ancêtre du certificat

médical des causes de décès, et l'obligation à cette époque des praticiens à utiliser cet imprimé pour la déclaration des décès ⁽⁰²⁾.

2.2. En Algérie

2.2.1. Avant l'indépendance

En cherchant l'historique de la constatation des décès en Algérie, on trouve qu'elle est liée à la période coloniale, nous nous obligeons ainsi à revoir l'histoire de la constatation de décès de France. Le point de départ contemporain de la détermination légale des décès se situe dans la loi du 20 septembre 1792. Selon ce texte, la déclaration de décès doit être faite dans les vingt-quatre heures par des proches (parents ou voisins), à la mairie ³.

L'officier d'état civil se transporte alors auprès du défunt pour constater la mort et délivrer un permis d'inhumer. Le problème était que ce fonctionnaire étranger, à la famille du défunt n'avait, aucune autorité particulière pour constater le décès: il n'avait ni la familiarité éventuelle du prêtre, ni la compétence du médecin ¹.

La phobie des inhumations prématurées a ouvert le débat de l'exigence d'un constat médical. Mais le Code civil de 1804 n'apporta pas d'éléments nouveaux si ce n'est l'obligation d'un constat médical en cas de mort violente (Art. 81). Dans les autres cas, ce sont les officiers d'état civil qui constatent le décès (Art. 77 et 78). Le flou de la réglementation nationale laisse place à des règlements locaux ¹.

Paris devient alors le laboratoire, le modèle de la vérification médicale à travers un arrêté qui allonge le temps avant l'inhumation et institue des officiers de santé communaux chargés d'attester les décès. Ces officiers de santé étaient nommés, sans formation particulière. Dès 1806, ce sont les docteurs en médecine ou chirurgie des bureaux de bienfaisance municipaux qui en sont chargés ⁴.

Dans le début du XIXe siècle, au moment où des experts de médecine légale se constituent en corps, on pensa à mettre en place des médecins «

experts des morts », formés pour la constatation des décès. Des spécialistes d'hygiène publique et de médecine légale comme. On souleva l'intérêt de la présence de policier afin d'éviter la dissimulation de crimes.

Un grand pas est fait vers la médicalisation des constats de décès à travers la circulaire de décembre 1866 qui stipule : « Le maire de chaque commune fera le choix d'un ou de plusieurs docteurs en médecine ou en chirurgie, et à leur défaut, d'officiers de santé, qui seront chargés de constater les décès dont la déclaration aura été faite à la mairie, conformément aux prescriptions de la loi. Ces médecins seront assermentés. Dès que la déclaration d'un décès aura été faite. La Société de médecine légale de France, réunie en congrès en 1923, vote ainsi à l'unanimité pour que la vérification médicale des décès soit organisée en France¹.

Dans le dernier tiers du XIX siècle, les enjeux changent. Les spécialistes de médecine légale s'investissent de façon croissante dans la croisade pour la vérification médicale. Mais les médecins traitants semblent, eux, infléchir leurs positions sur la vérification médicale systématique, suite aux modifications de leur statut. En effet, le médecin vérificateur est mal vu. Il est un « médecin de l'état civil », devenu fonctionnaire, assermenté, une catégorie particulière de médecin qu'on charge des besognes qui s'adaptent mal à l'image traditionnelle de la profession.

Ce n'est que le 28 mars 1960 qu'un décret soumet la constatation légale du décès à l'obtention d'un certificat médical : « aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier d'état civil / celui-ci ne pourra la délivrer que sur production d'un certificat établi par le médecin. »⁵.

2.2.2. De l'indépendance à nos jour

L'Ordonnance n° 70/20 du 19 février 1970 portant code de l'état civil, vient légiférer sur la constatation de décès en son article 78 qui stipule : « Aucune inhumation n'est faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil ; celui-ci ne peut la délivrer que sur production d'un certificat établi par le médecin ou, à défaut, par l'officier de police judiciaire qu'il a chargé de s'assurer du décès »⁽⁰⁴⁾⁶.

Le décret n° 75-52 du 15 décembre 1975 fixant les règles d'hygiène en matière d'inhumation de transport de corps, d'exhumations et de réinhumations. L'ordonnance n°75-78 du 15 décembre 1975 relative aux funérailles ².

Il a fallu ensuite attendre la circulaire N° 607 du 24 décembre 1994 relative à la déclaration des causes de décès ⁽⁰³⁾ pour remédier à la défaillance du système d'enregistrement des causes de décès, y compris en milieu hospitalier, où pourtant les causes de décès peuvent être connues. Pour ce faire les directeurs des établissements hospitaliers sont tenus d'adresser à l'institut national de santé publique, mensuellement le relevé de causes de décès.

Puis c'est l'instruction n° 003 du 13 MAI 2004. L'objectif est l'institution du certificat de décès périnatal et néonatal tardif. L'amélioration de la santé maternelle et infantile a été érigée au rang des priorités sanitaires nationales. Le but est de tendre à une accélération de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et périnatale. La mortalité néonatale pèse très lourdement sur la mortalité infantile et reste sous-évaluée. Sa part, sur la base des données hospitalières est de l'ordre de 70%. Dans la structure des décès périnatals (morts-nés et décès dans les 0 à 6 jours) seuls les morts nés, sont recensés par les services de l'état civil.

Les décès de 0 – 28 jours ne sont pas différenciés de l'ensemble des décès de moins d'un an. Une analyse fine de la structure par âge de la mortalité infantile ne peut être ainsi réalisée qu'à l'échelle nationale, sur la base des données des enquêtes par sondage. En outre, les faux mort-nés représenteraient environ 20% de la mortalité néonatale.

Au-delà de la faiblesse flagrante du système national d'information statistique, ce constat implique la nécessité de standardiser les concepts de mort fœtale, mort-né et naissance vivante. Il est aussi nécessaire d'asseoir un système d'évaluation continu des décès périnatals et néonataux tardifs, dans le système d'information sanitaire et par là même, une évaluation fiable de la mortalité infantile par les services de l'Etat Civil.

Partant de ces considérations, il est demandé aux DSP de suivre personnellement en communication avec les Directeurs des secteurs sanitaires, la mise en application pour une première période de 3 mois, le nouveau support en veillant à impliquer l'ensemble des maternités et des services de pédiatrie. A l'issue de cette première phase, les certificats de décès dûment renseignés seront retournés à l'administration centrale, direction de la population.

En mai 2005 une note, émanant de l'INSP mettant le point sur l'insuffisance d'information en ce qui concerne la cause réelle de décès, avec mise en place au niveau de chaque DSP d'un médecin responsable de la récolte, du contrôle et du transfert de l'information à L'INSP et le souhait de laisser un médecin du SEMEP ou DAPM travailler avec le bureau des entrées afin d'améliorer les données. Le médecin concerné subira une formation au niveau de L'INSP. Ces médecins formés qui travailleront ensuite au niveau des bureaux des entrées seront connus sous le nom de médecin CIM.

Depuis 2006 le ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière a mis à la disposition des médecins de garde des structures publiques et privées un modèle pré-imprimé d'un certificat de constat de décès (voir annexe modèle en page...) dans un but scientifique et épidémiologique et afin d'exploiter l'ensemble des renseignements contenus dans ce document⁷.

Le 25 juin 2014 un arrêté ministériel qui a pour objet d'instituer la déclaration obligatoire des décès maternels. Tout médecin quel que soit son régime et son lieu d'exercice est tenue de déclarer tout décès maternel survenant : pendant la grossesse ; pendant le travail et l'accouchement ; dans le post partum immédiat ; dans les 42 jours suivant un avortement ; dans les 42 jours suivant un accouchement.

Dans le journal officiel numéro 12 du Dimanche 19 Joumada El Oula 1437 Correspondant au 28 février 2016 on retrouve le décret exécutif n ° 16-77 du 15 Joumada El Oula 1437 correspondant au 24 février 2016 fixant les règles relatives à l'inhumation, au transport de corps, à l'exhumation et à la ré-inhumation, et dans le même numéro on retrouve le

décret exécutif n ° 16-80 du 15 Joumada El Oula 1437 correspondant à février 2016 fixant le modèle du certificat médical de décès.

3. Problématique

Lorsqu'un décès survient, Il incombe au médecin certificateur de s'assurer de l'identité de la personne décédée, puis du caractère réel et constant de la mort. Comme indiqué sur le certificat, il doit aussi dater et déterminer la cause du décès, pour mettre en évidence sa typologie (reconnaître une mort naturelle, violente, ou indéterminée et actuellement cocher ou non un obstacle médico-légal à l'inhumation). En effet, les conséquences sont à la fois d'ordre juridique ; social et de santé publique, ainsi le certificat permettra de clore une enquête ou bien légitimer l'ouverture d'une information judiciaire⁽⁰⁵⁾, selon la case cochée : mort naturelle ; mort violente, ou indéterminée voire celle d'obstacle médico-légal à l'inhumation (avec l'avènement du nouveau support papier du certificat médical de décès), suspendant ainsi les procédures d'inhumation.

Ces fonctions capitales du volet administratif du certificat de décès confèrent au médecin certificateur un rôle important, tant sur le plan judiciaire, social qu'en matière de santé publique. Les données issues sont d'une haute importance. Mais pour l'être, il faut que ces informations soient précises, nous nous obligeons de poser la question suivante : qui doit constater et certifier le décès ?

Selon la loi, tout médecin peut établir un certificat de décès ! Dans le cas où le Médecin certificateur serait le médecin traitant, connaissant le défunt et son état de santé, semble être dans la situation la plus favorable pour connaître ou suspecter les causes de la mort et apprécier au mieux les circonstances du décès. Mais dans la pratique et vu les difficultés pesant sur la permanence des soins aboutissent au fait que le plus souvent les constats de décès ne sont aujourd'hui plus effectués par le médecin traitant. On peut donc s'interroger sur les critères qui conduisent ces médecins, ignorant tout ou presque d'un défunt, à cocher telle ou telle case.

L'apparence est-elle toujours conforme à la réalité ? IL est parfois difficile de distinguer une mort naturelle d'une mort suspecte. Si la découverte d'un corps mutilé déclenche la plupart du temps une réponse adaptée en matière d'investigation, l'expérience montre que dans des scénarios moins évidents, il peut y avoir des difficultés et dans ces situations, il n'y a que le MC qui va jouer le rôle d'enquêteur. Mais les médecins avant tout se trouvent en situation de soignants et donc empathiques ; la suspicion systématique n'est pas dans leur culture et ils ne peuvent pas mener, sauf évidence, les deux raisonnements de front ⁸.

Pour répondre à ces questionnements nous ferons un tour d'horizon concernant les différents systèmes d'investigation de décès dans le monde.

4. Les systèmes d'investigation de décès dans le monde

4.1. Le coroner

Le Coroner est l'un des plus anciens systèmes d'investigation médico-légale des décès existant. Il a évolué au fil du temps, pour acquérir une position importante dans les sociétés d'aujourd'hui qui l'appliquent. Le coroner a de larges prérogatives lors de l'investigation médico-légale du décès. Il a la qualité d'officier judiciaire indépendant. Son rôle est l'investigation médico-légale de certaines morts qui lui sont rapportées.

4.1.1. L'histoire du coroner

La fonction de coroner est née en Angleterre et remonte à l'époque médiévale, peu de temps après la conquête normande en 1066. Il a été formalisé dans la loi au XIIe siècle sous le règne du roi Richard I (Richard Cœur de Lion). Le roi dépêcha les coroners au niveau des scènes de décès dans le but de protéger l'intérêt de la couronne (le coroner est dérivé du mot couronner qui est un mot anglo-normand qui veut dire le « gardien de la couronne ») ⁹.

Le système du coroner s'est propagé dans le monde avec les colonies anglaises, adopté par de nombreux pays dont le système juridique a été à un moment de l'histoire, sujet aux lois anglaises ou aux lois du Royaume-

Uni. Le titre du poste n'a pas toujours été le même : « Coronator » durant l'époque du roi John, à « Crowner », utilisé en Écosse¹⁰.

4.1.2. Le système coroner proprement dit

Certains types de décès, doivent être signalés au coroner parmi lesquels on retrouve :

- Décès résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- Les décès qui sont liés directement ou indirectement à une intervention chirurgicale ou tout acte médical ou traitement médical. Le décès doit être signalé au coroner (les délais diffèrent d'un pays à un autre et peut aller de 48 H à un délai indéterminée) ;
- Lorsqu'il existe une suspicion de Négligence, ou de faute médicale ;
- Septicémie qui peut être causée par une blessure ;
- Décès survenu au cours d'une intervention chirurgicale ou d'anesthésie ;
- Les avortements (autres que naturels) et certaines Mort à la naissance ;
- Intoxication aiguë et chronique à l'alcool ;
- Décès liés à la criminalité ou soupçonnés d'être criminel.

Il existe une responsabilité légale pour le médecin qui a constaté le décès, de le signaler au coroner. Cette responsabilité ne s'arrête pas au médecin mais au aussi au conjoint et aux membres de la famille, à toute personne ayant assisté au décès, ainsi qu'aux éléments de la police. En cas de doute, quant à la déclarativité ou non du décès, le médecin qui a constaté le décès, peut prendre contact avec le bureau du coroner à tout moment, car il assure une garde 24 H sur 24 H et sept jours sur sept. Le fait qu'un décès soit rapporté au coroner ne signifie pas qu'une autopsie sera pratiquée¹.

Le coroner a le pouvoir d'ordonner une autopsie sans le consentement des proches parents, ainsi que de prélever et de conserver les tissus ou les organes qui peuvent aider à déterminer la cause du décès¹¹.

4.2. Le « medical examiner »

La première apparition du médecin examinateur s'est faite dans l'état du Maryland (Les États-Unis d'Amérique) en 1860 où une loi a été adoptée exigeant la présence d'un médecin lors des enquêtes. Généralement il s'agit d'un médecin nommé par l'état, le comté ou les gouvernements locaux pour conduire ou superviser l'enquête médico-légale de décès ¹².

Habituellement, on exige du médecin examinateur qu'il soit médecin, d'autres exigent qu'il soit pathologiste (spécialiste en anatomie pathologique) ou un médecin légiste (aux USA le médecin légiste est un pathologiste qui poursuit une sous spécialité en médecine légale).

4.3. Le système judiciaire

Le système judiciaire où l'investigation de décès est sous l'autorité souveraine d'un magistrat, c'est le système appliqué ici en Algérie. Les décès qui arrivent sur les bureaux des juges c'est surtout les mort violentes ou les cadavres putréfiées mais dans les autres cas si le médecin certificateur de décès coche la case de mort comme naturelle le cadavre sera inhumé automatiquement. Les décès qui arrivent à la justice se sont ceux que les médecins veulent qu'ils arrivent, la justice a un rôle réactif plutôt que proactif. Un tel système pose le problème des décès qui font suite à des fautes médicales ou à des crimes qui peuvent passer pour naturelle pour des médecins non formés en médecine légale.

5. Les reformes dans le monde

5.1. Les USA

L'Institut national de justice du ministère de la Justice des États-Unis (NIJ) a demandé à l'Institut de médecine (OIM) de l'Académie Nationale d'organiser un atelier qui examinerait l'interface entre le système d'enquête médico-légale de la mort et le système judiciaire pénal Le NIJ s'est particulièrement intéressé à un atelier où les intervenants souligneraient non seulement l'état de besoins des enquêtes sur les décès assurés par deux systèmes : celui de l'examineur médical et celui du coroner, mais aussi les perspectives pour ces deux systèmes afin de faire face aux problèmes émergents de la société américaine. Le comité une fois constitué a axé son

travail sur la promotion et l'amélioration du rôle des deux systèmes concernant :

- Le système judiciaire pénal et les menaces terroristes ;
- Le système de la santé publique.

L'atelier s'est tenu le 24 et 25 mars 2003. Il y a eu six experts qui ont examiné les sujets suivants :

Le statut, l'infrastructure, la formation, Le professionnalisme, normes et qualité ; une comparaison entre le système du « médical examiner » et celui du coroner; L'investigation du décès médico-légal et le système judiciaire pénal; décès médico-légal et santé publique et enfin la sécurité intérieure et la préparation aux situations d'urgence¹³.

Parmi ces six experts on retrouve, on retrouve le Dr. Vincent J. M. Di Maio qui est un médecin légiste (Forensic pathologist) américain et un expert de renommée internationale sur le sujet des blessures par arme à feu.

Bien avant cet atelier en 1928, le comité national des problèmes médico-juridiques a publié un rapport : « The Coroner and the Medical Examiner ». Le comité a été composé d'éminents professeurs des établissements juridiques et médicaux américain « Roscoe Pound », doyen de la faculté de droit de Harvard, et « John Henry Wigmore », doyen de la North western Law School. Le comité a déclaré que : **le bureau du coroner est une institution anachronique, antérieure à la magna carta** (La Magna Carta ou Grande Charte est à la base du système judiciaire du monde anglophone la common law). Le Comité a recommandé que le bureau du coroner soit aboli et doit être remplacé par un bureau dirigé par un examinateur médical équivalent au médecin légiste chez nous « medical examiner »¹⁴.

5.2. En Angleterre

Une affaire qui a fait couler beaucoup d'encre et qui a poussé le gouvernement à conduire une réforme de la constatation et la certification de décès. C'est

l'affaire

«Harold Frederick Shipman 14 janvier 1946 à Nottingham - 13 janvier 2004» , ce médecin anglais, pratiquant près de Manchester, dans le nord de l'Angleterre, a été accusé d'être responsable de la mort de plus de 250 personnes, essentiellement des personnes âgées. C'est la fille d'une des victimes qui, la première a donné l'alerte aux services de police. Khatleen Grundy, patiente du docteur H. Shipman, disparaissait subitement alors que son état de santé était tout à fait satisfaisant. Sa fille apprend, quelques jours plus tard chez le notaire, que sa mère a choisi de léguer toute sa fortune à son médecin traitant. Soupçonneuse, la jeune femme exige aussitôt une autopsie. Le médecin légiste conclut alors à une mort non naturelle. Le docteur Shipman, qui avait signé l'acte de décès, est immédiatement inculpé¹⁵.

Quelques semaines plus tard, d'autres plaintes sont déposées au commissariat de la commune de Hyde, une ville de 30 000 habitants près de Manchester. Trois autres exhumations, celle de Winifred Mellor et de Joan Melia, toutes deux âgées de 73 ans, et de Bianca Popmfret, 49 ans, permettent aux enquêteurs d'inculper de nouveau le docteur Shipman. Dans tous les cas, le médecin avait signé les certificats de décès¹⁶.

Sa victime la plus jeune était un homme de 41 ans. Il leur administrait une dose létale de morphine et signait les certificats de décès tout en falsifiant leurs dossiers médicaux de sorte que la mort était imputable à un mauvais état de santé. Passant ainsi à travers les mailles du coroner. Il fut reconnu coupable le 31 janvier 2000 de quinze assassinats et condamné quinze fois à la prison à vie. En 2002, un rapport officiel gouvernemental basé sur 2 500 témoignages et l'analyse de plus de 270 000 documents conclut qu'il avait probablement tué plus de 250 personnes.

Il se suicida en 2004 dans sa cellule de la prison de Wakefield dans l'Ouest du Yorkshire sans avoir jamais admis ou expliqué ses crimes¹⁷. La législation britannique relative à la santé et aux médicaments fut révisée et profondément modifiée à la suite de cette affaire.

6. Recommandations

Ces recommandations sont destinées à la corporation médicale en général et spécifiquement aux médecins légistes dans le fond de la constatation et aux autorités médico-administratives et judiciaires dans la forme. Elles ne sont présentées qu'au terme de nos études, de notre.

6.1. Pour la corporation médicale (générale)

- Le médecin ne peut certifier que les morts naturelles et suivies par lui ou son service.
- Généraliser le résumé clinique de sortie et l'appliquer aux médecins libéraux
- La formation continue doit également être envisagée, en étant adaptée au public concerné. En effet, certains médecins constatent très souvent le décès, et d'autres beaucoup plus rarement. Leurs attentes de formation et d'information ne sont pas les mêmes.

6.2. Pour les médecins légistes (spécifiques)

6.2.1. L'examen externe

L'étude menée sous la direction du professeur Guy N Ratty, du département de pathologie médico-légale de l'université de Leicester en 2007 a conclu à : « **Si la seule question est de déterminer si une cause de décès est naturelle ou non naturelle un examen post mortem complet n'est pas nécessaire dans tous les cas** »¹⁸.

6.2.2. L'information

L'importance de l'information est primordiale avant de constater un décès ou entamer une autopsie. On trouve parfois des difficultés pratiques et aucune information ou renseignement sur les circonstances de décès ne nous parviennent et parfois même nous induisent en erreur, notion qu'il y a lieu de régler ou légiférer.

Une étude a été pratiquée au département de médecine légale de Sheffield qui confirme l'importance des données pour une bonne investigation médico-légale¹⁹. Corroborant ainsi notre avis

Bien sûr pour le système coroner et medical examiner, la police leur adresse un imprimé préétabli avec toutes les informations concernant le défunt, facilitant ainsi l'examen externe soit l'autopsie mais surtout l'expertise toxicologique.

6.2.3. La qualité OPJ (Officier de la police judiciaire)

Le médecin légiste doit avoir la qualité d'officier de police judiciaire dans son domaine pour les raisons suivantes:

- Afin de pouvoir mener des interrogatoires avec les suspects et les proches du défunt ;
- Le droit d'inspecter la scène de décès ;
- L'accès aux données de l'enquête ;
- L'accès aux dossiers médicaux au niveau des différents services ;
- Les différents prélèvements en général qui sont pratiqués dans des conditions de vice procédural.

6.2.4. L'autonomie

Afin d'assurer leur indépendance, leur objectivité et leur intégrité, les bureaux des médecins légistes devraient être autonomes et indépendants.

- Une équipe mobile

Le constat de décès à domicile en l'absence de médecin traitant doit être assurée par le service de médecine légale accompagné par des éléments de l'ordre public.

- Décès suite à une faute, erreur, alea ou à une iatrogénie

Ces cas sont différents des cas criminels. Les actes de négligence sont les délits les plus courants impliquant le médecin. Une question commune posée au médecin légiste est de savoir si le décès d'un patient résulte d'une complication de la thérapeutique ou du diagnostic. Identifier ces erreurs dans le contexte d'un tribunal place le médecin légiste de l'hôpital dans une position délicate, d'où la nécessité d'une nouvelle organisation de ce type d'autopsie qui doivent être menées dans un autre lieu où le décès a eu lieu.

Actuellement les décès sont constatés et certifiés par le médecin traitant ou même non traitant. Les décès ayant une composante médico-judiciaire sont ceux dont les médecins voient une prise en charge judiciaire. La justice a un rôle réactif plutôt que proactif.

- L'imprime du certificat de décès

Des modifications du format du certificat de décès amélioreraient probablement la certification à notre avis :

- Le changement de la case d'OML par celle d'avis du médecin légiste
- L'ajout de cases permettant de différencier : L'heure et la date estimées de décès de l'heure et la date de rédaction du constat et de celle du constat de décès.

6.2.5. Les décès lors d'évacuation

Ceci représente à nos yeux une faute médicale où les services ont les mêmes moyens sinon mieux dotés pour la prise en charge d'une telle ou telle pathologie, mais les évacuations continuent à affluer vers les CHU posant un problème de constatation de décès. Malheureusement cette politique d'évacuation vers les CHU a touché même la médecine légale.

6.2.6. Dialogue entre les différents intervenants

Il y'a nécessité de l'instauration d'un dialogue permanent, au mieux régionalisé, entre les différents intervenants : médecins, forces de police de gendarmerie et magistrats, permettrait de travailler de concert dans l'intérêt de la manifestation de la vérité au sujet du décès.

6.2.7. Le comité de constatation de décès

Afin de lever toute équivoque concernant les causes de décès d'une part et de proposer des conditions de bonne prise en charge et des prestations de soins conformément aux données actuelles des sciences médicales d'autres part.

7. Conclusion

Le système actuel de certification de décès est ancien, il nous a bien servi au cours des années passées grâce au travail acharné de nombreuses personnes dévouées au sein du système existant, que l'on a maintenu aussi bien fonctionnel que possible. Il faut le dire, il ne reflète plus les attentes d'un État moderne et d'une médecine prédictive. La réforme est inévitable et nécessaire. De nombreuses pratiques actuelles sont archaïques et ne sont plus acceptables, de plus, les pratiques actuelles ne permettent pas une gestion efficace et de qualité; par exemple, l'expérience vécue par une famille endeuillée peut varier largement d'un hôpital à un autre, d'un médecin à un autre et d'un magistrat à un autre. Les sollicitations croissantes du médecin légiste pour tout constat de décès, même en dehors de circonstances suspectes, du fait de la « permanence médico-légale », témoignent d'une évolution qui doit inscrire la médecine légale dans un nouveau système efficace de certification et d'investigation de décès.

Ce système efficace de certification et d'enquête sur les décès est un élément essentiel d'une société civile et moderne. Il l'est, de fait pour un système moderne de santé publique. Il l'est, de même pour la détection des circonstances suspectes de décès, le « crime parfait ne serait alors que le fruit d'un système imparfait ». Il l'est, également pour la détection de décès faisant suite à une faute ; erreurs ; aléa ou un accident de travail.

Bibliographie

- [1] B. Abdellatif, *La mort violente volontaire en pratique Médico –Légale. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences*, Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine., 2003.
- [2] I. o. M. Board on Health Promotion and Disease Prevention, «Medicolegal Death Investigation System,» The National Academies Press. , Washington USA, 2003.
- [3] V. J. D. D. DiMaio, *Forensic Pathology Second Edition*, CRC Press LLC, 2001.
- [4] A. J. N. C. t. G. R. H Sampson, «Information before coronial necropsy: how much should be available?,» *Journal of Clinical Pathology*, 1999.
- [5] D. N. D. K.C., *The Brain-Dead Organ Donor. Pathophysiology and management*, Springer Science+Business Media New York, 2013.
- [6] B. Lahcène, *Les blessures par armes blanches aspects Médico-Légaux*, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences Médicales. Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine , 2007.
- [7] L. libre, «Le Dr Shipman, «drogué au crime», a tué au moins 215 patients.,» 2002. [En ligne]. Available: <https://www.lalibre.be/international/le-dr-shipman-drogue-au-crime-a-tue-au-moins-215-patients-51b87958e4b0de6db9a75444>.
- [8] L. J. R. B. G. N. R. M J P Biggs, «Can cause of death be predicted from the pre necropsy information provided in coroners' cases?,» *Journal of Clinical Pathology*, 2006.
- [9] C. McAllum, «Death certification and doctors dilemmas,» *British Journal of General*, September 2005.
- [10] H. Omar, *Approche médico-légale du constat de décès*, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences. Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine., 2017.
- [11] B. K. (. Pekka Saukko (Auteur), *Knight's Forensic Pathology. Fourth Edition*, CRC Press Taylor & Francis Group , 2016.
- [12] R. Belhadj, *La mort subite d'origine cardiaque chez l'adulte*, Thèse. pour l'obtention, 2007.
- [13] R. Bouvet, «Les urgentistes face à l'obstacle médico-légal,» *La revue de médecine*, 2012.
- [14] L. s. o. d. S. G. d. G. Gouvernement. [En ligne]. Available: <https://www.joradp.dz/HFR/Index.htm>.
- [15] R. Hanzlick, «Medical Examiner and Coroner Systems History and Trends,» 1998.

¹ Dr Belhadj Lahcène. Les blessures par armes blanches aspects Médico-Légaux. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences Médicales. Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine 2007.

² Carol McAllum Death certification and doctors' dilemmas: British Journal of General.

³ Dr Hadjazi Omar. Approche médico-légale du constat de décès. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences. Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine. 2017.

⁴ Dr Hadjazi Omar. Approche médico-légale du constat de décès. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences. Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine. 2017.

⁵ Dr Hadjazi Omar. Approche médico-légale du constat de décès. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences. Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine. 2017.

⁶ Le site officielle du Secrétariat Général du Gouvernement.

⁷ Pr R.Belhadj, La mort subite d'origine cardiaque chez l'adulte. Thèse. pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences Médicales.

⁸ R. Bouvet et al « Les urgentistes face à l'obstacle médico-légal. La revue de médecine légale (2012) 3, 51 —56.

⁹ Dr Boublenza Abdellatif .La mort violente volontaire en pratique Médico –Légale. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences. Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine. 2003.

¹⁰ Dr Boublenza Abdellatif .La mort violente volontaire en pratique Médico –Légale. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur d'Etat en Sciences. Médicales Université Djillali Liabes de Sidi Bel Abbes Faculté de Médecine. 2003.

¹¹ Vincent J. DiMaio Dominick DiMaio Forensic Pathology Second Edition by CRC Press LLC 2001.

¹² Randy Hanzlick Medical Examiner and Coroner Systems History and Trends. JAMA, March 18, 1998—Vol 279, No. 11.

¹³ Knight's Forensic Pathology. Fourth Edition. CRC Press Taylor & Francis Group 2016.

¹⁴ Medicolegal Death Investigation System: Workshop Summary Committee for the Workshop on the Medicolegal Death Investigation System (2003).

¹⁵ <http://www.lalibre.be/actu/international/le-dr-shipman-droque-au-crime-a-tue-aumoins-215-patients-51b87958e4b0de6db9a75444>.

¹⁶ <http://www.lalibre.be/actu/international/le-dr-shipman-droque-au-crime-a-tue-aumoins-215-patients-51b87958e4b0de6db9a75444>.

¹⁷ Dimitri Novitzky David K.C. Cooper Editors The Brain-Dead Organ Donor. Pathophysiology and management. © Springer Science+Business Media New York. 2013.

¹⁸ M J P Biggs, L J R Brown, G N Ruty. Can cause of death be predicted from the pre-necropsy information provided in coroners' cases? J Clin Pathol 2008;61 :124–126. doi:10.1136/jcp.2006.045245

¹⁹ H Sampson, A Johnson, N Carter, G Ruty Information before coronial necropsy: how much should be available? J Clin Pathol 1999;52:856–859.